THEMENBAND

Viviane Scherenberg
Johanne Pundt (Hrsg.)

Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?



Viviane Scherenberg, Johanne Pundt (Hrsg.)

Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?



Viviane Scherenberg, Johanne Pundt (Hrsg.)

Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?



Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 10. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?“ facettenreich um weitere Perspektiven.

1. Auflage 2020

Projektmanagement: Julia Gwiasda und Corinna Dreyer, Bremen
Lektorat: Julia Gwiasda und Corinna Dreyer, Bremen
Korrektorat: Ruven Karr, Saarbrücken
Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Cover: © Ilka Lange, Hückelhoven
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter: http://www.dnb.de

Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-51-8

http://www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

II Zielgruppenspezifische Interventionen

III Themenbezogene Interventionen

Vorwort

Zweifellos besitzt das Thema der psychischen Gesundheit von Menschen in der modernen, durch rasante Fortschritte wie auch durch tiefgreifende Bedrohungen geprägten Gesellschaft eine hohe Aktualität. Diese Aktualität spiegelt sich auch in einer Flut von Publikationen wider. Sie umfasst populärwissenschaftliche Traktate, Ratgeber für psychisch Kranke und deren Angehörige, zeitkritische, oft sozialphilosophisch orientierte Analysen ebenso wie fundierte Darstellungen des Forschungsstandes und seiner Bedeutung für die Prävention und Behandlung psychischer Störungen. Angesichts dieser Vielfalt fällt es schwer, Leserinnen und Lesern eine Orientierung zu vermitteln. Der hier vorliegende Band hat das Ziel, das Thema weniger aus der Perspektive der Darstellung und Vermeidung von Risiken psychischer Erkrankungen zu behandeln, als vielmehr die Chancen der Erhaltung und Stärkung psychischer Gesundheit aufzuzeigen.

Dementsprechend stehen Beiträge zu Interventionen, d. h. zu einer gezielten Gesundheitsförderung, im Vordergrund. Sie beziehen sich zum einen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige, Migranten und Menschen mit Behinderung), zum andern auf unterschiedliche Maßnahmen zur Stärkung psychischer Gesundheit. Letztere, so wird gezeigt, beschränken sich nicht auf die bereits allgemein bekannte positive Wirkung von Bewegung und körperlicher Aktivität, sondern schließen auch die bewusste Förderung seelischer Kräfte mit ein. Dies wird beispielsweise im Kapitel 11 deutlich, in dem dargestellt wird, dass die Stärkung des Selbstwertgefühls eine wichtige Ressource für psychische Gesundheit bildet. Zu begrüßen ist auch, dass sich das Buch mit der psychischen Gesundheit gesellschaftlicher Randgruppen befasst, so insbesondere der von Flucht (Kapitel 8) und von Arbeitslosigkeit (Kapitel 7) Betroffenen. Dass hier durchaus weiterer Forschungsbedarf besteht, verdeutlicht letzterer Beitrag. Er zeigt anhand von Längsschnittdaten, dass nicht nur ein Weg von Arbeitslosigkeit zu prekärer seelischer Gesundheit führt, sondern dass auch der umgekehrte Pfad beachtet werden muss: Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit sind besonders stark vom Risiko eines Arbeitsplatzverlustes bedroht.

Neben den beiden Hauptteilen des Buches, die zielgruppenspezifische und themenbezogene Interventionen behandeln, werden in einem einleitenden Teil

Erkenntnisse aus der positiven Psychologie und aus einer philosophisch-ethischen Perspektive vermittelt. Die drei abschließenden Beiträge befassen sich mit Themen der Diagnostik und Evaluation im Bereich psychischer Gesundheit.

Die Betonung positiver Aspekte psychischer Gesundheit stellt eine besondere Stärke des vorliegenden Buches dar. Dabei werden Sichtweisen aus unterschiedlichen Disziplinen vermittelt, mit einem Schwerpunkt auf Psychologie. Die vorliegende Publikation richtet sich einerseits an ein breites Publikum, andererseits speziell an Berufsgruppen, die in ihrer täglichen Arbeit Menschen in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen betreuen, anleiten oder begleiten. Sie leisten, ob im Bereich der Gesundheit, der Bildung, der Arbeit oder der sozialen Dienste, einen unverzichtbaren Beitrag zum Erhalt psychischer Gesundheit der Betroffenen. Diese Gruppen für den hohen Stellenwert psychischer Gesundheit zu sensibilisieren und ihnen Wege aufzuzeigen, wie sie diese zu stärken vermögen, ist besonders verdienstvoll. Daher ist dem Buch eine weite Verbreitung zu wünschen.

JOHANNES SIEGRIST

Einleitung

JOHANNE PUNDT; VIVIANE SCHERENBERG

In Deutschland leidet jedes Jahr rund jede dritte erwachsene Person an mindestens einer psychischen Erkrankung. Psychische Erkrankungen stehen an zweiter Stelle der häufigsten Ursachen für betriebliche Fehlzeiten (vgl. Badura et al., 2019) und sind Hauptursachen für die Erwerbsminderungsrente. Dennoch werden psychische Störungen häufig zu spät erkannt und unzureichend behandelt. Der auffällige Anstieg an Therapien in psychiatrischen Kliniken, hohe Rehospitalisierungsraten und lange Wartezeiten von 20 Wochen und mehr auf eine ambulante Therapie machen regelmäßig einige Krankenkassenreporte transparent (vgl. z. B. DAK, 2019; BEK, 2018). Sie zeigen aber auch den Handlungsdruck mehr als deutlich auf: Es wird zu ausgiebig auf psychische Erkrankungen geschaut, die vor allem mit einer Kostendiskussion verbunden sind, statt den Fokus positiv auf die **psychische Gesundheit** zu richten. Denn das psychische Wohlergehen und die Gesundheit haben sich inzwischen als ein Megatrend und ein Spiegel unserer Zeit erwiesen. Die WHO verabschiedete bereits auf der 51. Weltgesundheitskonferenz 1998 das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die europäische Region (vgl. WHO, 1998), das insbesondere Wege zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bis zum Jahr 2020 ermöglichen soll, indem für Personen mit psychischen Problemen bessere, umfassende Dienste verfügbar und zugänglich gemacht werden sollten (vgl. WHO, 1998, S. 52). Mit dem sechsten Ziel des Rahmenkonzeptes der WHO wurden zwei Teilziele konkret benannt:

- „Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, streßreiche Lebensereignisse zu bewältigen.
- Die Suizidraten sollten um mindestens ein Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten." (WHO, 1998, S. 52)

Hierbei kommt die individuelle, aber auch die gesamtgesellschaftliche Perspektive zum Tragen. Psychische Gesundheit ist für jeden von uns Voraussetzung dafür, unser intellektuelles und emotionales Potenzial zu entfalten und unsere Rolle in der Gesellschaft und im Arbeitsleben zu finden. Was sich bis heute tatsächlich an Erkenntnissen und Entwicklungen geändert hat, wird in etlichen Beiträgen in diesem

Themenband verdeutlicht. Denn der Blick auf die psychische Gesundheit benötigt eine Auseinandersetzung mit den heutigen Lebensbedingungen, die inzwischen eine besondere Risikokonstellation aufweisen, wenn man an die wachsende Beschleunigung aller Lebensvollzüge und die unzureichenden Lebenskompetenzen denkt. Als Folge ergibt sich eine mangelnde Balance zwischen anzutreffenden Risiken und möglichen Bewältigungsressourcen. Dieses Gleichgewicht gerät immer mehr ins Wanken, da u. a. angesichts der Digitalisierung einerseits immer mehr Erwartungen an uns adressiert werden und andererseits die Beschleunigung eine Anpassung erfordert, um „auch noch [die] Vorstellungen eines gelungenen Lebens auf diesen normativen Horizont hin auszurichten" (Keupp, 2019, S. 3).

Setzt sich diese Spirale fort, entfernen wir uns immer mehr von den Zielen einer eigenen kritisch-reflexiven Haltung, die eigentlich in Richtung des eigenen Wohlergehens fortgesetzt werden sollte. In diesem Prozess spielen leider Prävention und Gesundheitsförderung kaum noch eine Rolle. Statt unsere eigenen Gesundheitsressourcen und -kompetenzen zu steigern und unsere Selbstfürsorge zu stärken, uns zugleich die institutionellen Bedingungen zur Umsetzung der Selbstfürsorge zu ermöglichen, fehlt genau diese Selbstverständlichkeit als eine zentrale Ressource (vgl. Forum Public Health, 2014, S. 2). Wir sollten uns deshalb für die Wichtigkeit von psychischer Gesundheit sensibilisieren; wir sollten sie erhalten und fördern und Menschen helfen, sie wiederzuerlangen, wenn sie beeinträchtigt sind. Leider fällt es uns oftmals schwer, das aufgrund von bestimmten (psychischen) Erkrankungen veränderte Verhalten von Mitmenschen einzuordnen und wir begegnen ihnen nicht selten mit Unverständnis und Unsicherheit. So befinden sich auch heute noch viele psychisch Erkrankte in einer Außenseiterrolle – psychisch krank zu sein wird gar oft zusätzlich stigmatisiert. Wir sollten also weiter lernen, uns mit psychischer Gesundheit (und Krankheit) auseinanderzusetzen, sie zu verstehen und auch bestimmte psychische Belastungen zu akzeptieren, um einen kleinen, jedoch bedeutsamen Beitrag im Mosaik unserer Gesellschaft zu leisten.

Zielsetzung des Themenbandes

Es ist die Absicht der Herausgeberinnen in diesem Themenband, **psychische Gesundheit** bei der Gestaltung von Lebensverhältnissen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mehr in den Fokus zu rücken und angesichts der Pathologisierung

von psychischen Problemen einen Beitrag zu leisten, dass das Thema Gesundheit dabei deutlich mehr Beachtung findet. Das „aber wie?“ im Buchtitel soll verdeutlichen, dass die Beiträge intensive Einblicke in Umsetzungsmöglichkeiten bieten: angefangen bei Herausforderungen und Interventionen von unterschiedlichen Zielgruppen bis hin zu den Möglichkeiten, aber auch Grenzen „moderner“ Ansätze zur Stressbewältigung, z. B. über digitale Medien. Dabei wird ein großes Augenmerk auf die besondere positive Beeinflussung von psychischen Belastungen mithilfe von konstruktiven Lösungsansätzen und Leuchtturmprojekten gelegt.

Zusammenfassend bietet die aufgezeigte Vielfalt und Dynamik im Feld der psychischen Gesundheit zweifelsohne zahlreiche Möglichkeiten des Umgangs, wenn einmal die mentale und emotionale Schieflage eingetreten ist. Daher stellen sich die Fragen, wie Lebensqualität, -freude und -zufriedenheit, wie Kreativität, Entscheidungsfreude und auch Leistungsfähigkeit wiederhergestellt werden können, um unser Leben positiv zu beeinflussen. Wie gelingt es, dass Ängste, Depressionen, Stress und Burn-out nicht zu Dauerthemen unserer schnelllebigen Gesellschaft werden? Welche Maßnahmen sind notwendig, aber auch realisierbar, damit beeinträchtigende äußere verhältnis- und verhaltensbezogene Faktoren das stark interagierende psychische und soziale Wohlbefinden nicht beeinträchtigen und damit das Risiko für psychische Gesundheitsaspekte erhöhen? Ein gelungener Perspektivenwandel von Selbsthilfeinitiativen, Empowermentstrategien, von Begriffen wie Salutogenese, Partizipation und Verwirklichungschancen, der allen Bedürfnissen gerecht werden soll, zeichnet sich vor allem durch einen sensiblen Umgang mit der Thematik psychische Gesundheit aus: Hier ist der Diskurswechsel das Stichwort, um weniger die gesundheitlichen Risiken, sondern vielmehr die gesundheitlichen Potenziale zu betonen. Aus diesem Grund soll in den folgenden Beiträgen besonderer Wert auf Themen zur psychischen Gesundheit in Verbindung mit positiver Befindlichkeit (Wohlbefinden, Glücklichsein, Lebensgenuss etc.), mit persönlicher Stärke (Autonomie, Selbstwertschätzung, Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung etc.) und mit produktiver Lebensbewältigung (Ressourcen, Resilienz, Handlungsfähigkeit etc.) gelegt werden. Darüber hinaus stehen umfassende Instrumentarien zur positiven Beeinflussung der psychischen Gesundheit im Vordergrund der Beiträge der Autorinnen und Autoren.

Gliederung der Beiträge

So beleuchtet die vorliegende Publikation aus verschiedenen Perspektiven praxisnah und fundiert Themen zur psychischen Gesundheit im deutschen Gesundheitswesen. Mithilfe einer Vielzahl an renommierten und engagierten Autorinnen und Autoren aus Politik, Gesundheitseinrichtungen, Selbstverwaltung und Wirtschaft war es möglich, ein umfangreiches Werk zu erstellen, das anhand wissenschaftlicher Akzente aufzeigt, welche Herausforderungen und Grenzen dem Thema psychischer Gesundheit beigemessen werden und welche Schritte für eine Gesundheitsversorgung im Sinne aller (Zielgruppen) folgen (sollten). Zur Orientierung kennzeichnen vier Kapitel diese Abfolge:

I Psychische Gesundheit: Hintergrund und Determinanten

Im ersten Abschnitt wird ein Überblick über das allgemeine Geschehen zum Thema der psychischen Gesundheit gegeben, um die epidemiologischen Daten und Prozesse verständlich zu machen, aber auch, um einen kritischen Blick auf zahlreiche relevante Studien zu lenken, die uns alle als Interessierte des Themas differenzierte Hinweise geben. Zum Einstieg konzentriert sich **Ulfert Hapke** auf das multifaktorielle Gesamtbild Deutschlands im Kontext von psychischer Gesundheit und zeigt dazu ausgewählte Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts auf. Analysen von Risiko- und Schutzfaktoren der kognitiven Leistungsfähigkeit im Altersverlauf mit entsprechenden präventiven Versorgungsmaßnahmen spielen dabei ebenso eine zentrale Rolle wie auch psychische Auffälligkeiten verschiedener Zielgruppen. Welche Erkenntnisse dagegen zum psychischen Wohlbefinden aus Sicht der positiven Psychologie vorliegen, veranschaulicht **Daniela Blickhan** und setzt sich zunächst mit dem facettenreichen Begriff „Glück“ – nach psychologischer Version - auseinander, ohne sich explizit der oft ökonomisch gelagerten Glücksforschung zu widmen. Welche Fördermöglichkeiten zur Steigerung von Glück und Wohlbefinden existieren, wird insofern berücksichtigt, als Wert auf das zugrunde liegende Konstrukt des psychischen Wohlbefindens gelegt wird.

Anhand eines philosophie- und kulturgeschichtlichen Hintergrundes verfolgt der nächste Autor **Hartmut Kreß** kritisch die Prozesse, die sich für die persönliche Lebensgestaltung von Menschen ergeben, wenn man das Leitbild der seelischen bzw. der psychischen Gesundheit zugrunde legt und insbesondere die psychische Ge-

sundheit in den Grundrechtsschutz integriert. Sehr anschaulich präsentiert der Autor dabei exemplarisch Chancen und Herausforderungen, die sich für die individuelle Lebensgestaltung von Menschen ergeben können.

II Zielgruppenspezifische Interventionen

Maßnahmen zur Förderung von psychischer Gesundheit werden dann ihre maximale Entfaltung erreichen, wenn sie zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind und die jeweiligen Ausgangslagen und Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe berücksichtigen. Diese Interventionen können bei der Erreichung von unterschiedlichen Zielgruppen sowohl individuell als auch gruppenbezogen ausgerichtet werden. **Anett Wolgast und Matthias Donat** stellen daher anhand eines internationalen Überblicks anschaulich dar, was das gesellschaftliche weltweite Problem „Bullying“ unter Kindern und Jugendlichen bedeutet. Ihre skizzierten Forschungserkenntnisse betonen die Beeinflussung von sozialen Prozessen für diese Zielgruppen und präsentieren ein Erklärungsmodell über das Zusammenwirken individueller und sozialer Faktoren für ein Verständnis der kurz-, mittel- und langfristigen Folgen des „Schikanierens“, um schlussendlich mehrfach erfolgreich evaluierte präventive Interventionsansätze gegen Bullying-Prozesse vorzustellen.

Aufbauend auf diesem Beitrag beleuchten **Sophia Hillert, Silke Naab, Marion Meyerolbersleben und Andreas Hillert** vertiefend die Werte, Ziele und das Belastungserleben von gesunden und psychosomatisch erkrankten Jugendlichen und fragen, was sogenannte „Burn-out-Kids“ heute benötigen. Dem Autorenteam gelingt es, neben vielfach bekannten Störungen, die diese Zielgruppe vermehrt aufweist, zu diskutieren, auf welche Weise belasteten Jugendlichen am besten geholfen werden kann. Dabei kommen anhand ihrer Forschungen erstaunliche Erkenntnisse zutage: Weniger Entlastung und stattdessen eine Realitätsanpassung und Konkretisierung von Werten und Zielen erweisen sich als wirksam, um die psychische Gesundheit von Jugendlichen zu stärken.

Da sich Umsetzungsmöglichkeiten von psychischer Intervention auf ganz unterschiedliche Settings konzentrieren können, thematisiert der dritte Beitrag die Rolle von Erwerbstätigen im Kontext psychischer Gesundheit. **Ralf Stegmann und Wiebke Wrage** beleuchten, wie Betriebe die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung von psychischer Gesundheit von Erwerbstätigen durch ein integriertes

Vorgehen aus Prävention, Früherkennung und Wiedereingliederung unterstützen können. Eine zentrale Rolle spielt dabei der Umgang mit beginnenden oder bereits fortgeschrittenen psychischen Beeinträchtigungen bzw. ein professionell organisierter Return-to-work-Prozess nach einer psychischen Krise. Zahlreiche Beispiele einer gelungenen Intervention runden den Beitrag der beiden Autoren ab.

Das Thema Arbeit bzw. die damit verbundene mögliche soziale Ungleichheit spielt im Text von **Johannes Stauder** eine wichtige Rolle, da er der Frage nachgeht, ob Arbeitslosigkeit die mentale Gesundheit beeinflusst. Der Autor fokussiert methodisch akzentuiert auf den Kausaleffekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit, um sie von einer Selektion der weniger Gesunden in die Arbeitslosigkeit empirisch zu trennen. Unter Anwendung von fixed-effects-Modellen auf das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) findet der Autor interessanterweise heraus, dass die schlechtere mentale Gesundheit der Arbeitslosen in erster Linie auf Selektionseffekte zurückzuführen ist. Damit wird deutlich, dass die mentale Gesundheit insbesondere schon unmittelbar vor Eintritt in die Arbeitslosigkeit im Durchschnitt schlechter ausfällt.

Einer weiteren zunehmend wichtiger werdenden, aber wenig untersuchten Zielgruppe, nämlich den traumatisierten Kriegsflüchtlingen aus den Herkunftsländern Syrien, Afghanistan und dem Irak, widmen sich **Klaus Zok und Helmut Schröder.** Diese Zielgruppe stellt Deutschlands Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, sodass es einen Erfolg darstellt, dass durch die beiden WIdO-Autoren erste repräsentative Ergebnisse einer bundesweiten Studie zum gesundheitlichen Zustand dieser über 2.000 Schutzbefohlenen vorliegen. Da über 57 % aller Erstasylanträge seit 2015 von Flüchtlingen aus diesen drei Ländern stammen, beziehen sich die Ergebnisse auf mehr als 825.000 Menschen. Die Kriegstraumata haben gravierenden Einfluss auf die psychische Gesundheit: Jeder Fünfte wurde gefoltert,mehr als jeder Dritte hat die Verschleppung bzw. Ermordung von nahestehenden Personen zu verkraften und über 70 % der Befragten berichteten von persönlichen Gewalterfahrungen. Mehr als zwei Fünftel aller Befragten zeigen Anzeichen einer depressiven Erkrankung. Um eine adäquate Auseinandersetzung mit dem Leiden und passenden Therapien zu ermöglichen, betonen die Autoren die Überwindung sprachlicher Barrieren und fordern eine angemessene Sprach- und Kulturmittlung, um einen besseren Zugang zu psycho-sozialen Zentren zu erreichen und eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Welche aktuellen Befunde und Bedarfe für die psychische Gesundheit bei Menschen mit Behinderung von Relevanz sind, damit beschäftigen sich **Katharina Rathmann, Lorena Denise Wetzel und Laura Neuperdt.** Diese vulnerable Gruppe weist ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf. Allein aus diesem Grund sind der dargelegte nationale und internationale Forschungsstand sowie die eigenen Auswertungen des Autorenteams von großer Bedeutung, um einen gleichberechtigten Zugang zu einer angemessenen psychischen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Bei Beachtung der viel diskutierten demografischen Entwicklung darf bei der Zielgruppendiskussion das Thema psychische Gesundheit im Alter nicht fehlen, das von **Valentina Ludwig und Eva-Marie Kessler** näher beschrieben wird. Einerseits verfügen ältere Menschen nachweislich über psychische Kapazitäten im Umgang mit Verlusten (Stichwort: Paradox des subjektiven Wohlbefindens). Andererseits gehen psychische Erkrankungen im Alter – wie Depressionen – mit zahlreichen negativen Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand und auf die Lebenserwartung einher, sodass diese Zielgruppe, insbesondere diejenigen mit Pflegebedarf, in der psychotherapeutischen Regelversorgung deutlich unterrepräsentiert ist und daher gezieltere Versorgungsangebote notwendig sind.

III Themenbezogene Interventionen

Um betroffene Personen mithilfe verschiedener Interventionen zu erreichen und mitunter gesundheitliche Verhaltensänderungen anstoßen zu können, ist ein grundlegendes Verständnis über zahlreiche strategische Maßnahmen notwendig. **Andreas Hillert und Dirk Lehr** starten im dritten Abschnitt daher mit ihrem Beitrag und stellen eine tragfähige Selbstwertschätzung in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen. Sie ist die Voraussetzung dafür, von außen erfolgende Wertschätzung annehmen und in sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz angemessen reagieren und kommunizieren zu können. Ausgehend von empirischen, bei gesunden und psychosomatisch erkrankten Lehrkräften erhobenen Daten, werden Strategien einer – bezogen auf die Gesundheit – tragfähigen Selbstwertschätzung und hierauf basierende Präventionsinterventionen vorgestellt.

Im Anschluss beleuchten **Viviane Scherenberg und Michael Erhart** das Thema Stresslogging und zeigen die Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Vermessung

von Gefühlen via Mood-Tracking auf. Dabei wird deutlich, welche zentrale Rolle in Zeiten der zunehmenden Digitalisierung Smartphones und sogenannte Wearables bzw. Mood-Tracking- und Well-Being-Apps zur Stressmessung, zum Stressmanagement und zur Stressprävention spielen. Welchen präventiven Mehrwert solche Apps für die potenziellen Nutznießer haben, ist durch Langzeitstudien noch nicht belegt. Dennoch zeigt die kritische Reflexion des Themas, welche konkreten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können.

Auf die Bedeutung körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit zur Steigerung der Gesundheitsressourcen und zur Vermeidung von psychischen Erkrankungen gehen anschließend **Johanna Belz, Chloé Chermette, Hanna Raven und Jens Kleinert** eindringlich in ihrem Beitrag ein. Denn die gesundheitsförderliche Wirkung durch körperliche Bewegung und Sportaktivitäten stärkt unsere verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen und beeinflusst somit die psychische Gesundheit positiv. Welche Maßnahmen bei psychischen Beeinträchtigungen eingesetzt werden können, beschreiben die Autoren ebenso wie die Auswirkungen von körperlichen Aktionen auf Stress, Depressionen, Burn-out und Abhängigkeitserkrankungen.

Das Kapitel schließt mit einem Beitrag über Gamification, in dem **Kevin Dadaczynski, Daniel Tolks, Isabelle Fincke und Peter Paulus** die Förderung des psychischen Wohlbefindens durch spielerische Ansätze schildern. Vor dem Hintergrund epidemiologischer Studien zu psychischen Belastungen werden insbesondere mit Serious Games und Gamification zwei prominente spielerische Ansätze zur Förderung des Wohlbefindens und der psychosozialen Gesundheit diskutiert und als eine der wenigen deutschsprachigen Interventionen anschließend mithilfe der Anwendung ONYA exemplarisch dargestellt.

IV Diagnostik und Evaluation

Ohne den Blick auf die Methodik zu lenken, kann eine Reflexion zum Thema nicht gelingen. Deshalb widmen sich dieser **Anne-Katrin Puschmann, Andrea Block und Pia-Maria Wippert** am Anfang des vierten Kapitels kritisch anhand der grundsätzlichen Chancen und Ansätzen der Stressmessung, indem objektive und subjektive Verfahren zur Erhebung von Stress vorgestellt und Möglichkeiten zur Erfassung von Stressoren, der kognitiv-emotionalen Reaktion, der behavioralen Reaktion sowie der physiologischen Stressreaktion diskutiert werden. Aufbauend auf diesen Beitrag

widmet sich **Karolin Hiesinger** den relevanten Gesichtspunkten der geschlechtsspezifischen Verzerrungen bei der Erfassung psychischer Erkrankungen in Umfragen am Beispiel der Depressivität. Wer hätte es für möglich gehalten, dass in fast allen aktuellen Studien für Frauen höhere Werte von Depressivität berichtet werden als für Männer? Anhand sozialkonstruktivistischer Theorieansätze sowie der Artefakttheorie wird dezidiert beleuchtet, inwieweit traditionelle Geschlechterrollenbilder dabei von Bedeutung sind. Empirische Studien belegen, welche Interviewbedingungen und Instrumente in Umfragen einen solchen Bias befördern. Die Autorin bietet schlüssige Handlungsempfehlungen für die Konzipierung und Planung von (Bevölkerungs-)Umfragen, um geschlechtsspezifische Verzerrungen in Befragungen zur psychischen Gesundheit zu reduzieren.

Wie wichtig Gefährdungsbeurteilungen gemäß Arbeitsschutzgesetz für psychische Belastungen sind, demonstriert **Michael Treier** sehr anschaulich. Er skizziert die Relevanz des Instruments für das Handlungsfeld der gesunden Arbeit und entwirrt Begriffe hinsichtlich der Gefährdungsbeurteilungen auf Basis einer theoretischen Modellierung, um die schlussendlichen Schritte zur erfolgreichen Umsetzung abzubilden. Dabei werden Gestaltungs- und Erfolgsfaktoren bei der Implementierung von der Planung über Erfassung und Umsetzung bis zur Konsolidierung diskutiert.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich für die kollegiale und professionelle Unterstützung der Autorinnen und Autoren bedanken. Ohne diese wäre ein solches Werk in der kurzen Zeit und hohen Qualität für dieses wichtige und zukunftsweisende Thema nicht zustande gekommen. Auch gilt unser Dank unseren internen Kolleginnen vom Verlag APOLLON University Press und damit Petra Becker und ihrem Team Corinna Dreyer und Julia Gwiasda.

Literatur

Badura B./Ducki, A./Schröder, A./Klose, J. et al. (Hrsg.) (2019). *Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*. Berlin/Heidelberg: Springer.

BEK – Barmer Ersatzkrankenkasse (Hrsg.) (2018). *Arztreport 2018.* https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztreporte/barmer-arztreport-2018-144304 (07.01.2020).

DAK (2019). *DAK-Psychoreport 2019. Entwicklung der psychischen Erkrankungen im Job. Langzeitanalyse: 1997–2018.* https://www.dak.de/dak/download/190725-dak-psychoreport-pdf-2125500.pdf (07.01.2020).

Keupp, H. (2019): *Psychische Gesundheit: Ermutigung und Befähigung zur Selbstbestimmung.* Impu!se für Gesundheitsförderung, 105 (4), S. 2–3.

Public Health Forum (2014). *Editorial.* Public Health Forum: Forschung – Lehre – Praxis, 22 (1), S. 1–2.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (1998). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 6.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf (07.01.2020).

I
Psychische Gesundheit: Hintergrund und Determinanten

1 Psychische Gesundheit in Deutschland

ULFERT HAPKE

In diesem Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts präsentiert. Bereits Kinder und Jugendliche weisen psychische Auffälligkeiten mit einer Prävalenz von ca. 10–20 % auf. Positiv kann berichtet werden, dass diese Probleme in vergleichenden Trendanalysen zwischen 2003–2006 und 2014–2017 bei beiden Geschlechtern tendenziell abgenommen haben und Längsschnittanalysen belegen, dass Auffälligkeiten bei zwei von drei Kindern reversibel sind. Die Weiterentwicklung von präventiven Maßnahmen bleibt jedoch eine Herausforderung, insbesondere, weil z. B. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger Auffälligkeiten aufweisen und geringere Chancen haben, ihre psychische Gesundheit zu verbessern.

Die häufigsten psychischen Störungen von Erwachsenen sind Angststörungen, Depressionen und substanzbezogene Störungen. Eine generelle Zunahme von psychischen Störungen lässt sich nicht feststellen. Allerdings sind teilweise gravierende Veränderungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen zu beobachten. Ein weiterer Schwerpunkt des Beitrags befasst sich mit Analysen von Risiko- und Schutzfaktoren der kognitiven Leistungsfähigkeit im Altersverlauf, die aufzeigen, dass kognitive Alterung durch Prävention, z. B. durch soziale Unterstützung, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung, verlangsamt werden kann. Prävention kann somit helfen, die kognitive Leistungsfähigkeit zu erhalten, und damit auch dazu beitragen, die Teilhabe und Lebensqualität der Menschen zu verbessern.

1.1 Einführung

Die psychische Gesundheit ist von hoher Bedeutsamkeit für die individuelle Lebensqualität und die Entfaltung der individuellen Entwicklungspotenziale. Sie ist mehr als die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen. Sie beinhaltet auch die individuelle Resilienz und Bewältigungskompetenz gegenüber den Herausforderungen des Lebens, wie Stress am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, mangelnde soziale Unterstützung, Einsamkeit, Verlust von nahestehenden Menschen und traumatischen Erlebnissen. Psychische Gesundheit kann gefördert werden durch Bildung, Erziehung

sowie durch Gestaltung der Lebensbedingungen in der Familie, der Gemeinde, den Kinderbetreuungseinrichtungen, den Schulen, der Arbeitswelt, dem Wohnumfeld und allen weiteren Settings, die im Laufe eines Lebens relevant sind. Auch der Schutz vor Gewalterfahrungen, Rechtssicherheit und Geschlechtergerechtigkeit sind gesellschaftliche Zielgrößen, die das Gefühl von Sicherheit fördern und Ohnmachtserfahrungen vermeiden helfen und hierdurch die psychische Gesundheit fördern. Psychische Gesundheit in der Bevölkerung ist somit kein auf die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung reduziertes Thema, sondern ein Querschnittsthema, das als generelle Zielorientierung fast alle gesellschaftlichen Bereiche und alle Menschen betrifft (vgl. McDaid et al., 2017; WHO, 2013; Botezat et al., 2018; Carod-Artal, 2017).

1.2 Kindheit und Jugend

Zur psychischen Gesundheit in der Kindheit und Jugend liegen in Deutschland insgesamt nur wenige repräsentative Studien vor. Es ist eine große Herausforderung, generalisierbare Studienergebnisse zu erzielen, weil die Erfassung der psychischen Gesundheit in unterschiedlichen Altersgruppen entwicklungsbedingt unterschiedlichen Voraussetzungen unterliegt (vgl. CDC, 2013). Gemäß der gegenwärtigen Studienlage sind in Deutschland ca. 10–20 % der Kinder und Jugendlichen von psychischen Problemen bzw. Auffälligkeiten betroffen (vgl. Brettschneider et al., 2015; Petermann, 2005; Ravens-Sieberer et al., 2007; RKI/BZgA, 2008). Die hohe Variabilität von Prävalenzschätzungen erklärt sich u. a. durch jeweils unterschiedliche Datenquellen (z. B. Versorgungsdaten vs. Surveydaten), abweichende Erhebungsinstrumente und Inkonsistenzen der zugrunde liegenden Störungskonzepte. Trendstudien zu psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen sind international selten und ihre Ergebnisse widersprüchlich (vgl. Collishaw et al., 2004, 2010). Für Deutschland sind mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) erstmalig sowohl Trendanalysen als auch Verlaufsanalysen möglich (vgl. Hölling et al., 2012; Kamtsiuris et al., 2007; Kurth et al., 2008).

In der KiGGS-Studie wurden psychische Auffälligkeiten mit einer deutschen Übersetzung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erhoben (vgl. Goodman, 1997). Der SDQ enthält insgesamt 25 Items, die sich auf fünf Subskalen mit jeweils fünf Items beziehen, und zwar die vier Problemskalen emotionale Probleme,

Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen sowie die Skala für prosoziales Verhalten als positiver Indikator für psychische Stärke. Im Zeitraum der ersten Erhebung (2003–2006) waren 19,9 % der 3- bis 17-Jährigen psychisch auffällig. Trendanalysen ergaben, dass sich die Häufigkeit der psychischen Auffälligkeiten bis zu den Erhebungsjahren 2014–2017 auf 16,9 % reduzierte. Der Rückgang psychischer Auffälligkeiten zeigte sich sowohl bei Mädchen von 15,9 % auf 14,5 % als auch bei Jungen von 23,4 % auf 19,1 %. Besonders stark war der Rückgang bei Jungen im Alter von 9–11 Jahren (von 26,2 % auf 22,2 %) und im Alter von 12–14 Jahren (von 25,8 % auf 19,2 %). Allerdings waren bei Mädchen die Rückgänge in allen Altersgruppen geringer und in der Altersgruppe von 15–17 Jahren zeigte sich sogar eine Zunahme von 13,4 % auf 14,6 %. Trotz einer im Großen und Ganzen rückläufigen Tendenz psychischer Auffälligkeiten in diesem Trendvergleich ist die Anzahl psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher auf einem nach wie vor hohen Niveau angesiedelt (vgl. Baumgarten et al., 2018; Klipker et al., 2018).

In der Gruppe von nochmals befragten Kindern der KiGGS-Kohorte ergaben Längsschnittanalysen, dass einerseits bei jedem zweiten Kind bereits innerhalb von ein bis zwei Jahren die psychischen Auffälligkeiten wieder verschwinden und bei weniger als einem Drittel die Auffälligkeiten sechs Jahre überdauern. Andererseits zeigen Kinder ohne psychische Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Basiserhebung mit über 90%iger Wahrscheinlichkeit auch nach einem, zwei oder sechs Jahren keine Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erweisen sich somit als häufig, aber überwiegend nicht als chronisch (vgl. Baumgarten et al., 2018; Ravens-Sieberer et al., 2015).

Auf Grundlage der Ergebnisse der Basiserhebung der KiGGS-Studie formulierte die Bundesregierung im Jahr 2008 eine „Strategie zur Förderung der Kindergesundheit“ (BMG, 2008), bei der die Förderung der psychischen Gesundheit einen wichtigen Platz einnimmt. Es wurden u. a. die Ziele genannt, die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen sowie psychische Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dies beinhaltet auch eine inhaltliche Ausweitung des Kinderfrüherkennungsprogramms um Aspekte der psychischen Gesundheit.

Eine verbesserte Versorgungslage könnte zum Rückgang der psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen beigetragen haben. In der betreffenden Zeit wurden zudem Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit angestoßen. Neben zahlreichen Projekten in Kindergärten und Schulen könnte auch die

Ausweitung der Kindervorsorgeuntersuchungen zu einer besseren Prävention und Versorgung psychischer Auffälligkeiten beigetragen haben.

Die Weiterentwicklung der Prävention und Versorgung bleibt dennoch eine Herausforderung, insbesondere auch deshalb, weil sich Risikogruppen identifizieren lassen, die offensichtlich in besonderem Maße betroffen sind. So sind z. B. Kinder und Jugendliche, die in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status aufwachsen, mit 26,0 % signifikant häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem (9,7 %) oder mittlerem sozioökonomischem Status (16,1 %) (vgl. Baumgarten et al., 2018; Klipker et al., 2018).

1.3 Psychische Störungen bei Erwachsenen

Historisch betrachtet unterlagen Menschen mit psychischen Störungen einer langen Geschichte der Stigmatisierung, Ausgrenzung und Verfolgung. Mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland und der Psychiatrie-Enquete wurde ein Prozess der Reformierung der psychiatrischen Versorgung befördert, um die Lage von Menschen mit psychischen Störungen, unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens, nachhaltig zu verbessern (vgl. Deutscher Bundestag, 1975).

Im Prozess der Weiterentwicklung und Verbesserung der Prävention und Versorgung psychischer Störungen ist Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen vorangeschritten. Durch den gesellschaftlichen Wandel entstehen jedoch auch neue Herausforderungen, die es notwendig machen, die Weiterentwicklung von präventiven Maßnahmen stetig fortzuführen. Notwendig für die Identifikation von Anforderungen und Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit ist eine wiederkehrend erhobene epidemiologische Datenbasis.

Die gegenwärtig aktuellste Prävalenzschätzung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung basiert auf dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit (DEGS1-MH) der Studie „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1), die in den Jahren 2009 bis 2012 durchgeführt wurde (vgl. Jacobi et al., 2013, 2014, 2015, 2016).

Abbildung 1.1 gibt die Prävalenz der häufigsten psychischen Störungen wieder. Diese wurden mit einer deutschen Version des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) erhoben. Hierbei handelt es sich um ein wissenschaftlich anerkann-

tes, standardisiertes Verfahren der Psychodiagnostik. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Studienpopulation im Alter von 18–79 Jahren. Eine psychische Störung in der Abbildung bedeutet, dass irgendwann im Laufe der vergangenen zwölf Monate die Kriterien für eine Diagnose gemäß DSM-IV vorlagen.

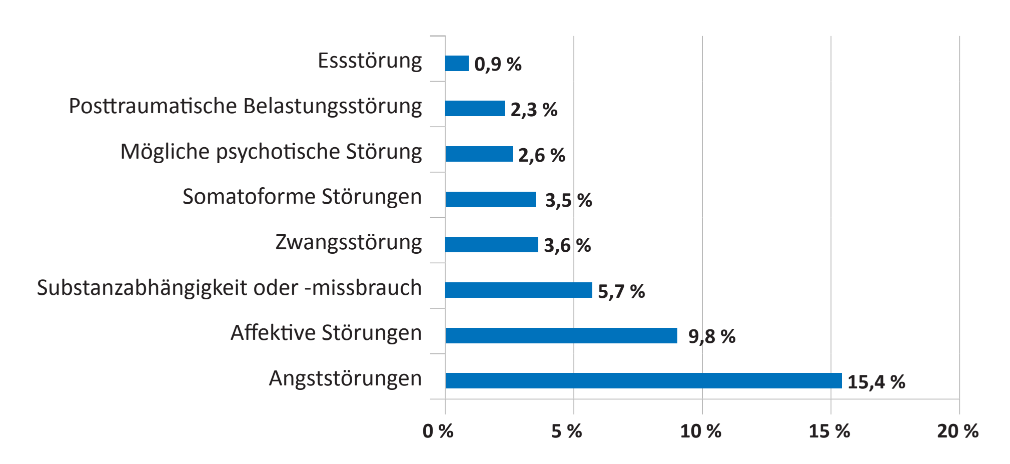


Abb. 1.1: Häufige psychische Störungen gemäß DSM-IV (12-Monatsdiagnosen) (vgl. Jacobi et al., 2014, 2015)

Abweichend von diesen Ergebnissen können andere Studien zu abweichenden Prävalenzzahlen führen. Hierbei spielt es jeweils eine bedeutende Rolle, welches Erhebungsinstrument verwendet wurde und welches Zeitfenster dabei zugrunde gelegt wird. So wird ein Instrument, das eine aktuell bestehende Störung erhebt, zu einer geringeren Prävalenz kommen als eine Studie, die sich auf die gesamte bisherige Lebenszeit bezieht. Unterschiedliche Prävalenzschätzungen sind somit nicht falsch, sondern variieren lediglich, je nach Indikator und Datenbasis. Insgesamt zeigt sich über alle Studien hinweg, dass Angststörungen, Depressionen und substanzbezogene Störungen in der Bevölkerung am häufigsten auftreten.

Wichtig ist, dass in gewissen Zeitabständen Studien mit einer vergleichbaren Methodik durchgeführt werden. So zeigen sich in Abb. 1.1 kaum Veränderungen in den Prävalenzen psychischer Störungen gegenüber den Prävalenzen, die im Modul für psychische Gesundheit im Bundesgesundheitssurvey 1998 (BGS98) mit vergleichbarer Methodik erhoben wurden. Die Gesamtprävalenz aller psychischen Störungen war im DEGS1-MH mit 29,9 % (95 %-KI 28,3–31,7) nahezu unverändert gegenüber

der Prävalenz im BGS98 mit 31,1 % (95 %-KI 29,7–32,6) (eigene Berechnungen, vgl. auch Jacobi et al., 2014, 2015, 2016). Die in Klammern aufgeführten Konfidenzintervalle (KI) zeigen auf, dass der geringe Unterschied der Prävalenzen statistisch nicht signifikant ist. Ein Unterschied wäre dann gegeben, wenn die angezeigten Intervalle sich nicht überlappen würden.

Für die Prävention und Versorgung haben Depressionen die größte Bedeutung unter den psychischen Störungen. Sie gehen mit der höchsten Krankheitslast einher und treten sehr häufig gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf, insbesondere dann, wenn diese einen schweren Verlauf nehmen (vgl. Walker et al., 2015; WHO, 2013). Depressionen haben überdurchschnittlich lange Arbeitsunfähigkeiten zur Folge und sind der häufigste Grund für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (vgl. Barmer GEK, 2016; BPtK, 2015; Knieps/Pfaff, 2016; DAK, 2017; gbe-Bund, 2018).

Von zentraler Bedeutung für die Entstehung, den Verlauf, die Schwere und die Folgen von psychischen Störungen ist die soziale Einbindung der betroffenen Personen. Soziale Unterstützung kann andere Risikofaktoren, wie z. B. chronischen Stress, Erwerbslosigkeit, traumatische Erlebnisse, zwischenmenschliche Konflikte oder Verlust des Partners abmildern oder auffangen. Risiko- und Schutzfaktoren unterscheiden sich zwischen Altersgruppen sowie zwischen Männern und Frauen. Hieraus folgt, dass alters- und gendergerechte Präventions- und Versorgungskonzepte notwendig sind, um Ressourcen effektiv und sinnvoll zu nutzen (vgl. Bengel/Lyssenko, 2012; Dalgard et al., 2006; Egle et al., 1997; Gariepy et al., 2016; Häfner et al., 2001; Herrman et al., 2005; Lund et al., 2011; Maske et al., 2016; Müters et al., 2017; Santini et al., 2015).

Obwohl die Krankschreibungsraten und die Statistiken der Krankenkassen eine Zunahme der Bedeutung von psychischen Störungen wiedergeben, wird in epidemiologischen Studien keine entsprechende Zunahme psychischer Störungen festgestellt. Allerdings gibt es immer wieder beobachtbare Veränderungen in Teilen der Bevölkerung. So hat sich z. B. die Prävalenz der Depression bei Frauen im Alter von 18–34 Jahren im Zeitraum von 1998–2011 von 8,8 % auf 15,6 % nahezu verdoppelt, gleichzeitig ist sie jedoch in der Altersgruppe der 50- bis 65-jährigen Frauen von 9,8 % auf 5 % zurückgegangen (vgl. Bretschneider et al., 2018; Hapke, 2019).

Auf solche Entwicklungen sollte mit vertiefenden Untersuchungen reagiert werden, um die Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren, die zu solchen Verände-

rungen geführt haben. Auf dieser Basis lassen sich gesundheitspolitische Maßnahmen auf eine solidere bevölkerungsbezogene Datenbasis stellen und Priorisierungen empirisch begründen (vgl. RKI, 2020).

1.4 Risiken in der Arbeitswelt, chronischer Stress und Burn-out

Seit Beginn der Industriegesellschaft Ende des 18. Jahrhunderts (Arbeitswelt 1.0), der Massenproduktion Ende des 19. Jahrhunderts (Arbeitswelt 2.0), der automatisierten Produktion Ende des 20. Jahrhunderts (Arbeitswelt 3.0) haben sich die Arbeits- und Lebensbedingungen ständig gewandelt. Gegenwärtig erleben wir den Wandel hin zur Digitalisierung (Arbeitswelt 4.0). Diese betrifft nicht nur die Arbeitswelt, sie durchdringt zunehmend fast alle Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017). Bei der Bewältigung dieser Veränderungsprozesse kommt der psychischen Gesundheit eine Schlüsselrolle zu, weil der fortlaufende Anpassungsprozess der Menschen eine große Herausforderung für jeden Einzelnen ist. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) sieht aus diesem Grunde die psychische Gesundheit als wichtige, bisher zu wenig berücksichtigte, Zielgröße der Politik an. Eine angeschlagene oder beeinträchtigte psychische Gesundheit wird als eine der bedeutsamsten Beeinträchtigungen der gesamtgesellschaftlichen Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit angesehen. Nicht zuletzt auch deshalb, weil Menschen mit leichten oder moderaten psychischen Störungen, die eher selten von der psychiatrischen Versorgung erreicht werden, einen zunehmenden Anteil an der gesamten Krankheitslast, insbesondere in der Arbeitswelt, ausmachen (vgl. OECD, 2012; McDaid et al., 2017). Auch die WHO fordert, die psychische Gesundheit als Querschnittsthema in die gesellschaftliche Entwicklung einzubeziehen (vgl. WHO, 2013). Von der Europäischen Kommission wird „Mental Health in all Policies“ zunehmend als unabdingbar förderungsnötig (vgl. Botezat et al., 2018) und als Antwort auf die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit gewertet (vgl. Carod-Artal, 2017).

Es gibt verschiedene Blickwinkel auf die psychische Gesundheit, wie der Grad der Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen an Bildung und Arbeitsmarkt, die Reichweite und Qualität der Versorgung, aber eben auch die Berücksich-

tigung der psychischen Gesundheit bei der Gestaltung der Arbeits- und Lebenswelt, inkl. des Erhalts der Leistungsfähigkeit bei psychischen Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert.

Chronischer Stress wird in diesem Zusammenhang zunehmend als Problem wahrgenommen und als Risiko für die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen angesehen (vgl. Fries/Kirschbaum, 2009; Hammen, 2005; Hapke et al., 2013, 2019; Liu/Alloy, 2010). Aus diesem Grund wurden in der weiter oben bereits erwähnten Studie zur psychischen Gesundheit in der Bevölkerung vertiefende Analysen zu chronischem Stress und psychischen Störungen durchgeführt. Es wurde das Risiko einer psychischen Störung bei jenen 10 % der Bevölkerung, die am stärksten unter chronischem Stress leiden, mit jenen verglichen, die eine unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Stressbelastung berichten. Hierbei zeigte sich ein erhöhtes Risiko für Depression (OR[1] = 10,2), somatoforme Störungen (OR = 6,9), mögliche psychotische Störungen (OR = 5,5), Zwangsstörungen (OR = 4,3), Angststörungen (OR = 4,2), substanzbezogene Störungen – insbesondere Alkohol- und Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit (OR = 4,0) (vgl. Hapke, 2019).

Diese sehr hohen Werte resultieren auch daraus, dass Wechselwirkungen zwischen Stresserleben und psychischen Störungen bestehen. Chronischer Stress ist nicht als alleinige Ursache anzusehen, sondern zeigt sich oft nur als ein Auslöser dafür, dass eine bereits bestehende Störung einen Krankheitswert erhält. Weiterhin kann die Störung selbst das Stresserleben verstärken. Das ist z. B. insbesondere bei Angststörungen unmittelbar plausibel. Wichtig für präventive Versorgungsmaßnahmen ist es, ein Verständnis für solche Zusammenhänge zu vermitteln und entstehende Teufelskreise zwischen psychischen Störungen und chronischem Stress zu durchbrechen.

Gegenwärtig werden in Deutschland mit dem Begriff Burn-out psychische Beeinträchtigungen, Probleme und Störungen, meist im Zusammenhang mit beruflichen Belastungen, zusammengefasst. Eine anerkannte allgemeingültige diagnostische Definition gibt es nicht. Es liegt im Ermessen des behandelnden Arztes oder Psychologen, wann und wie ein Burn-out-Syndrom diagnostiziert wird. Burn-out wird in der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) als „Ausgebrannt-

1 Odds Ratio (OR) beziffert das Chancenverhältnis und ist ein Maß dafür, um wie viel größer das Risiko in der Gruppe mit Risikofaktor ist, zu erkranken (im Sinne einer Quote), verglichen mit der Chance zu erkranken in der Gruppe ohne Risikofaktor.

sein“ und „Zustand der totalen Erschöpfung“ mit dem Diagnoseschlüssel Z73.0 als Zusatzcodierung erfasst. In der bereits erwähnten Studie (DEGS1) wurden Informationen zum Burn-out-Syndrom im ärztlichen Interview erfasst, wenn ein Arzt oder Psychotherapeut es jemals diagnostiziert hatte. Ein jemals diagnostiziertes Burn-out-Syndrom wurde von 4,2 % der Befragten insgesamt, von 5,2 % der Frauen und 3,3 % der Männer berichtet. Die 12-Monatsprävalenz betrug 1,5 %; 1,9 % bei den Frauen und 1,1 % bei den Männern. Am häufigsten wurde das Burn-out-Syndrom in der Altersgruppe der 40–59-Jährigen berichtet. Hierbei lag bei den Frauen der höchste Wert mit 8 % in der Gruppe der 40–49-Jährigen und bei Männern mit 6,1 % in der Altersgruppe der 50–59-Jährigen. Getrennt lebende oder geschiedene Frauen berichteten mit 13,3 % und 14,6 % häufiger ein Burn-out-Syndrom als verheiratete (4,3 %), ledige (3,9 %) oder verwitwete (4,1 %) Frauen. Bei den Männern zeigte sich mit 9 % ebenfalls ein erhöhter Wert bei getrennt lebenden oder geschiedenen gegenüber verheirateten (3,8 %), ledigen (3,9 %) und verwitweten (0,7 %) Männern (vgl. Maske et al., 2016; Hapke/Maske, 2018).

Die Lebenszeitprävalenz des Burn-out-Syndroms stieg mit dem Bildungsstand; bei den Frauen von 3,9 % (einfache Bildung) auf 5,2 % (mittlere Bildung) und auf 8,5 % (höhere Bildung) und bei den Männern von 2,5 % (einfache Bildung) auf 3,4 % (mittlere Bildung) und auf 4,5 % (höhere Bildung). Bei Analysen zur sozialen Unterstützung zeigte sich ein Gendereffekt. Bei Frauen ist eine geringe soziale Unterstützung im Vergleich zu mittlerer sozialer Unterstützung mit einer mehr als dreifach erhöhten Chance (Odds Ratio) für ein diagnostiziertes Burn-out-Syndrom verbunden. Bei Männern fand sich bezüglich der sozialen Unterstützung kein signifikanter Effekt. Bezogen auf die Erwerbstätigkeit zeigte sich ebenfalls ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen mit Vollzeiterwerbstätigkeit hatten mit 7,7 % die höchste Prävalenz des Burn-out-Syndroms gegenüber Frauen, die nicht erwerbstätig waren (4,5 %). Bei Männern fiel kein signifikanter Unterschied beim Burn-out-Syndrom zwischen den Erwerbstätigen (3,8 %) und den nicht Erwerbstätigen (3,6 %) auf. Von den Befragten, die in den letzten zwölf Monaten eine Burn-out-Diagnose erhalten hatten und deswegen in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung waren, befanden sich 62,2 % in medikamentöser Behandlung (Tabletten) und 65,3 % in einer Psychotherapie. Anders als erwartet, befanden sich Männer mit 87,8 % häufiger in psychotherapeutischer Behandlung als Frauen mit 55,1 %. Bei der medikamentösen Behandlung zeigte sich kein Unterschied zwischen den Geschlech-

tern. Personen mit einem diagnostizierten Burn-out-Syndrom in den letzten zwölf Monaten litten mit 45,9 % über viermal so häufig unter starkem chronischem Stress wie Personen ohne Burn-out-Diagnose (10,3 %). Hierbei hatten Frauen mit Burn-out-Syndrom häufiger eine starke chronische Stressbelastung (51,5 %) als Männer (36,1 %). Auch in der Gruppe ohne Burn-out-Syndrom berichteten die Frauen mit 12,9 % häufiger über eine starke chronische Stressbelastung als Männer (7,8 %). Die Analysen zu Zusammenhängen von diagnostiziertem Burn-out-Syndrom in den letzten zwölf Monaten und den 12-Monatsdiagnosen von psychischen Störungen zeigen, dass Personen mit Burn-out-Diagnose mit 70,3 % häufiger unter psychischen Störungen leiden als Personen ohne Burn-out-Syndrom (27,5 %).

Das Burn-out-Syndrom ist nach wie vor als Diagnose im Sinne einer psychischen Störung umstritten (vgl. Angermeyer et al., 2013; Berger et al., 2012, 2012, 2012). Es scheint jedoch so zu sein, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen dieses „Etikett“ eher annehmen kann als die Diagnose Depression. Insofern kann die Verwendung dieses Begriffs möglicherweise den Effekt haben, dass mehr Menschen von Hilfsangeboten erreicht werden. So ließen sich auch die oben aufgeführten vergleichsweise hohen Raten der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Männern am ehesten mit einer höheren Compliance erklären, wenn die vorliegende Symptomatik als Burn-out bezeichnet wird.

1.5 Kognitive Leistungsfähigkeit

Die kognitive Leistungsfähigkeit ist ein zentraler Aspekt der psychischen Gesundheit und zugleich mit anderen Bereichen der körperlichen und psychischen Gesundheit verbunden. Im Modul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011 (DEGS1) wurden erstmals Daten zu Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit mit einer umfangreichen, aus zahlreichen Einzeltests bestehenden neuropsychologischen Testbatterie erhoben (vgl. Wagner et al., 2017).

Bei der kognitiven Leistungsfähigkeit wird zwischen der sogenannten kognitiven Mechanik und kognitiven Pragmatik unterschieden. Die Mechanik umfasst das sogenannte Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis, die Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit und Wortflüssigkeit. Die kognitive Pragmatik basiert auf erlerntem Wissen, Schlussfolgern und logischem Denken. Es gibt aber auch ein Zusammenspiel

beider Fähigkeiten ohne mechanische Fähigkeiten des Speicherns und Erinnerns; hier können beispielsweise keine erlernten Informationen abgerufen oder Strategien angewandt werden (vgl. Baltes, 1998; Horn/Cattell, 1966, 1967; RKI, 2020).

Bei der kognitiven Leistung zeigt sich in Übereinstimmung mit der Literatur, dass Fähigkeiten der kognitiven Mechanik im höheren Alter im Durchschnitt zurückgehen, Fähigkeiten der kognitiven Pragmatik können dagegen sogar zunehmen. Insofern sind insbesondere die Bereiche der kognitiven Mechanik von Alterungsprozessen betroffen (vgl. Blazer et al., 2015; Hartshorne/Germine, 2015; Raz, 2000; Salthouse, 2004; Schaie, 2005).

Neben der objektiv messbaren kognitiven Leistungsfähigkeit spielen subjektive Gedächtnisverschlechterungen eine Rolle. So zeigt sich z. B., dass die objektive und subjektive kognitive Leistungsfähigkeit in der Phase einer akuten Depression nachlässt. Wenn die Depression endet, ist die objektive messbare Leistungsfähigkeit jedoch nicht mehr eingeschränkt, allerdings bleibt die subjektive Leistungsminderung noch längere Zeit bestehen und beeinträchtigt die Zuversicht, sich auf seine Leistung verlassen zu können (vgl. RKI, 2020; Rock et al., 2014). Somit ist es nach Beendigung einer depressiven Episode von besonderer Bedeutung, dass die Zuversicht in die eigene Leistungsfähigkeit wiederhergestellt wird. Der Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit lässt sich über die gesamte Lebensspanne, unabhängig von Geschlecht und Bildung, durch sportliche Aktivität, eine gesunde Ernährung, Vermeidung von chronischem Stress und erlebter sozialer Unterstützung verbessern (vgl. Cohrdes/Bretschneider, 2018; RKI, 2020). Das ist von daher bedeutsam, weil sich durch den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert, und zwar insbesondere im Alter ab 60 Jahren (vgl. Conrad et al., 2015; Forte et al., 2015; RKI, 2020).

1.6 Fazit

Die aufgeführten Ergebnisse bestätigen: Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit (vgl. Prince et al., 2007). Psychische Beeinträchtigungen können in der gesamten Lebensspanne auftreten, aber ihre Entwicklung und ihr Verlauf sind durch präventive Versorgungsmaßnahmen beeinflussbar. Sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention sind gesellschaftlich sinnvolle Investitionen zur Verbesserung der Lebensqualität, der Entwicklungspotenziale und der ressourcenschaffenden Leistungsfähigkeit aller Menschen.

Literatur

Angermeyer, M. C./Schomerus, G./Carta, M. G. et al. (2013). *Burnout: Ein deutsches Phänomen?* Psychiat Prax, (40), S. 425–429.

Baltes, P. B./Lindenberger, U./Staudinger, U. M. (1998). *Life-span theory in developmental psychology.* In: Damon, W./Lerner, R. M. (Hrsg.): Handbook of child psychology: Vol 1 Theoretical models of human development. New York: Wiley, S. 1029–1143.

BARMER GEK (2016). *Gesundheitsreport 2016.* Wuppertal: BARMER GEK.

Baumgarten, F./Klipker, K./Göbel, K. et al. (2018). *Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte*. Journal of Health Monitoring, 3 (1), S. 60–64.

Bengel, J./Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter.* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, (43). Köln: BZgA.

Berger, M./Falkai, P./Maier, W. (2012). *Burn-out ist keine Krankheit*. Dtsch Arztebl Int, (109), S. 700–702.

Berger, M./Schneller, C./Maier, W. (2012). *Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out.* Nervenarzt, (83), S. 1364–1372.

Berger, M./Linden, M./Schramm, E. et al. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout.* Berlin: DGPPN.

Blazer, D. G./Yaffe, K./Liverman, C. T. (2015). *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action*. Washington, DC: The National Academies Press.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017). *Arbeit weiter Denken, Weißbuch Arbeiten 4.0.* Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2008). *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*. Berlin.

Botezat, I./Campion, J./Garcia-Cubillana, P. et al. (2018). *Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental Health in all policies*. Brüssel: European Commission.

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015). *BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement*. Berlin: BPtK.

Brettschneider, A.-K./Hölling, H./Schlack, R./Ellert, U. (2015). *Psychische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland. Ein Vergleich nach Migrationshintergrund und Herkunftsland.* Bundesgesundheitsbl, (58), S. 474–489.

Bretschneider, J./Janitza, S./Jacobi, F. et al. (2018). *Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012.* BMC Psychiatry, 18 (1), S. 394.

Carod-Artal, F. J. (2017). *Social Determinants of Mental Health*. In: Bährer-Kohler, S./ Carod-Artal, F. J. (Hrsg.): Global Mental Health. Heidelberg: Springer, S. 33–46.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2005–2011.* Morbidity and Mortality Weekly Report, (62), Supplement No. 2, S. 2–15.

Cohrdes, C./Bretschneider, J. (2018). *Can social support and physical activity buffer cognitive impairment in individuals with depressive symptoms? Results from a representative sample of young to older adults*. J Affect Disord, (239), S. 102–106.

Collishaw, S./Maughan, B./Goodman, R. et al. (2004). *Time trends in adolescent mental health.* J Child Psychol Psychiatry, (45), S. 1350–1362.

Collishaw, S./Maughan, B./Natarajan, L. et al (2010). *Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart*. J Child Psychol Psychiatry, (51), S. 885–894.

Conrad, I./Uhle, C./Matschinger, H. et al. (2015). *Lebensqualität von älteren Menschen mit leichten kognitiven Störungen.* Psychiatr Prax, 42 (03), S. 152–157.

Dalgard, O. S./Dowrick, C./Lehtinen, V. et al. (2006). *Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 41 (6), S. 444–451.

DAK (2017). *DAK-Gesundheitsreport 2017*. Berlin: IGES Institut GmbH.

Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Drucksache 7/4200. Bonn.

Egle, U. T./Hoffmann, S. O./Steffens, M. (1997). *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter Gegenwärtiger Stand der Forschung*. Nervenarzt, 68 (9), S. 683–695.

Forte, R./Boreham, C. A./De Vito, G. et al. (2015). *Health and quality of life perception in older adults: the joint role of cognitive efficiency and functional mobility*. Int J Environ Res Public Health, 12 (9), S. 11328–11344.

Fries, E./Kirschbaum, C. (2009). *Chronischer Stress und stressbezogene Erkrankungen.* In: Wippert, P./Beckmann, J. (Hrsg.): Stress- und Schmerzursachen verstehen. Gesundheitspsychologie und -soziologie in Prävention und Rehabilitation. Stuttgart: Thieme, S. 113–125.

Gariepy, G./Honkaniemi, H./Quesnel-Vallee, A. (2016). *Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries.* Br J Psychiatry, 209 (4), S. 284–293.

gbe-Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018). *Statistik des Rentenzugangs, Statistik der aktiv Versicherten, Deutsche Rentenversicherung Bund*. www.gbe-bund.de (08.01.2020).

Goodman, R. (1997). *The strengths and difficulties questionnaire: a research note*. J Child Psychol Psychiatry, (38), S. 581–586.

Häfner, S./Franz, M./Lieberz, K. et al. (2001). *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung*. Psychotherapeut, 46 (6), S. 403–408.

Hammen, C. (2005). *Stress and depression*. Annu Rev Clin Psychol, (1), S. 293–319.

Hapke, U. (2019). *Epidemiologie psychischer Störungen in verschiedenen Altersgruppen.* In: Aktion Psychisch Kranke/Fegert, J. M. (Hrsg.): Planen Umsetzen Bewerten – Psychiatriepolitik gestalten. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 20–27.

Hapke, U. (2018). *Zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland: ausgewählte Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI*. 10. APOLLON Symposium der Gesundheitswirtschaft – Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie? Vortrag, Bremen, 16.11.2018.

Hapke, U./Maske, E. (2018). *Burn-out-Syndrom und chronischer Stress. Sachbericht (Teilprojekt 3) des Projektes „DEGS1 Modul Psychische Gesundheit – Auswertungsprojekte.* Berlin: RKI (Forschungsbericht n. v.).

Hapke, U./Maske, E./Scheidt-Nave, C. et al. (2013). *Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1).* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, (56), S. 749–754.

Hartshorne, J. K./Germine, L. T. (2015). *When does cognitive functioning peak? The asynchronous rise and fall of different cognitive abilities across the life span*. Psychol Sci, 26 (4), S. 433–443.

Herrman, H./Saxena, S./Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.* Genf: World Health Organization.

Hölling, H./Schlack, R./Kamtsiuris, P. et al. (2012). *Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 55 (6–7), S. 836–842.

Horn, J. L./Cattell, R. B. (1966). *Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences*. J Educ Psychol, 57 (5), S. 253–270.

Horn, J. L./Cattell, R. B. (1967). *Age differences in fluid and crystallized intelligence.* Acta Psychol (Amst), 26 (2), S. 107–129.

Jacobi, F./Mack, S./Gerschler, A. et al. (2013). *The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*. Int J Methods Psychiatr Res, 22 (2), S. 83–99.

Jacobi, F./Höfler, M./Strehle, J. et al. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*. Der Nervenarzt, (85), S. 77–87.

Jacobi, F./Höfler, M./Siegert, J. et al. (2014). *Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*. Int J Methods Psychiatr Res, 23 (3), S. 304–319.

Jacobi, F./Hofler, M./Strehle, J. et al. (2015). *Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction*. Int J Methods Psychiatr Res, 24 (4), S. 305–313.

Jacobi, F./Höfler, M./Strehle, J. et al. (2016). *Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH)*. Der Nervenarzt, (87), S. 88–90.

Kamtsiuris, P./Lange, M./Schaffrath Rosario, A (2007). *Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50 (5–6), S. 547–556.

Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.) (2016). *BKK Gesundheitsreport 2016. Gesundheit und Arbeit.* Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Kurth, B. M./Kamtsiuris, P./Hölling, H. et al (2008). *The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study.* BMC Public Health, (8), S. 196.

Klipker, K./Baumgarten, F./Göbel et al (2018). *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (3), S. 37-45, DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077.

Liu, R. T./Alloy, L. B. (2010). *Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study*. Clin Psychol Rev, 30 (5), S. 582–593.

Lund, C./De Silva, M./Plagerson, S. et al. (2011). *Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries*. Lancet, 378 (9801), S. 1502–1514.

Maske, U. E./Riedel-Heller, S. G./Seiffert, I./Jacobi, F./Hapke, U. (2016). *Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom.* Psychiatr Prax, 43 (1), S. 18–24, DOI: 10.1055/s-0034-1387201.

Maske, U. E./Buttery, A. K./Beesdo-Baum, K. et al. (2016). *Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany*. J Affect Disord, (190), S. 167–177.

McDaid, D./Hewlett, E./Park, A. (2017). *Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*. OECD Health Working Papers.

Müters, S./Kroll, L. E./Thom, J. et al. (2017). *Arbeitslosigkeitserfahrung, soziale Unterstützung und Depression – Ergebnisse mit Daten der DEGS1-MH-Studie*. Gesundheitswesen, 79 (08/09), S. V–88.

Petermann, F. (2005). *Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Kindheit und Entwicklung, (14), S. 48–57.

OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Mental Health and Work.*

Prince, M./Patel, V./Saxena, S. et al. (2007). *No health without mental health.* The Lancet, 370 (9590), S. 859–877.

Ravens-Sieberer, U./Otto, C./Kriston et al. (2015). *The longitudinal BELLA study: Design, methods and firstresults on the course of mental health problems*. European Child & Adolescent Psychiatry, 24 (6), S. 651–663.

Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S. et al. (2007). *Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, (50), S. 871–878.

RKI – Robert Koch-Institut/BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI.

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2020). *Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland, Teil 1 – Erwachsenenalter. Fokus: Depression und kognitive Leistungsfähigkeit*. Berlin: RKI.

Rock, P. L./Roiser, J. P./Riedel, W. J. et al. (2014). *Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis*. Psychol Med, 44 (10), S. 2029–2040.

Raz, N. (2000). *Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings*. In: Craik, F. I. M./Salthouse, T. A. (Hrsg.): The handbook of aging and cognition. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. New Jersey: Mahwah, S. 1–90.

Salthouse, T. A. (2004). *What and when of cognitive aging*. Curr Dir Psychol Sci, 13 (4), S. 140–144.

Santini, Z. I./Koyanagi, A./Tyrovolas, S. et al. (2015). *The association between social relationships and depression: a systematic review*. J Affect Disord, (175), S. 53–65.

Schaie, K. W. (2005). *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle longitudinal study*. Oxford University Press.

Wagner, M./Wolfsgruber, S./Gaertner, B. et al. (2017). *Cognitive functioning in the general population: Factor structure and association with mental disorders – The neuropsychological test battery of the mental health module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*. Int J Methods Psychiatr Res, 27 (1), S. e1594.

Walker, E. R./McGee, R. E./Druss, B. G. (2015). *Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis*. JAMA Psychiatry, 72 (4), S. 334–341.
WHO – World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020.* Genf: WHO.
WHO – World Health Organization (2016). *Global Health Estimates 2015: Burden of disease by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015*. Genf: World Health Organization.

2 Gelingendes Leben und Arbeiten: Psychisches Wohlbefinden aus Sicht der positiven Psychologie

DANIELA BLICKHAN

Die Begriffe *Glück* und *Wohlbefinden* werden im Alltag oft synonym verwendet. In der modernen empirischen Psychologie wird allerdings weniger das *Glück*, sondern vielmehr *Wohlbefinden* (engl. *well-being*) untersucht (vgl. Eid, 2014). Der Begriff der *Glücksforschung* wird vorwiegend in der Ökonomie verwendet (vgl. Ruckriegel et al., 2015). In diesem Beitrag wird die Thematik aus Sicht der positiven Psychologie beleuchtet, folglich der Begriff *Glücksforschung* nicht verwendet. Ziel des Beitrags ist es, die Facetten des vielfältig verwendeten Begriffs „Glück" zu verdeutlichen und aufzuzeigen, wie ihn die Psychologie konzeptuell definiert, operationalisiert und so dazu beiträgt, dass entsprechende Interventionen zur Steigerung von Glück und Wohlbefinden entwickelt und eingesetzt werden können. Psychische Gesundheit und Wohlbefinden lassen sich fördern, davon handeln die weiteren Kapitel dieses Buchs. Grundlage dafür ist ein differenziertes Verständnis des zugrunde liegenden Konstrukts *psychisches Wohlbefinden*.

2.1 Positive Psychologie

Positive Psychologie ist die Wissenschaft vom gelingenden Leben und Arbeiten, *„the scientific study of what goes right in life, from birth to death and at all stops in between"* (Peterson, 2006, S. 4). Die positive Psychologie ist ein junges und schnell wachsendes Forschungsgebiet der Psychologie und durch einen ausgeprägten Anwendungsbezug gekennzeichnet.[1]

Der Beginn der positiven Psychologie als empirische Wissenschaft wird häufig mit Martin Seligmans Ansprache vor der *American Psychological Association* im Jahr 1998 gleichgesetzt, doch ihre Ursprünge lassen sich viel weiter zurückverfolgen,

1 Da eine ausführliche Darstellung der Forschungsbereiche der positiven Psychologie hier den Rahmen sprengen würde, sei dafür auf Blickhan (2018) verwiesen.

nämlich bis zu den philosophischen Schriften antiker Philosophen wie Platon und Aristoteles über Glück, Sinn und Tugend. Abraham Maslow, dessen Konzept der Grundbedürfnisse in Unternehmen weithin bekannt ist, kann zu Recht als „Großvater der positiven Psychologie" bezeichnet werden, da er sowohl den Begriff „positive Psychologie" geprägt als auch wesentliche Grundprinzipien positiver menschlicher Entwicklung benannt hat. Bereits 1954 überschrieb er das letzte Kapitel seines Buchs „Motivation und Persönlichkeit" mit den Worten *„Towards a Positive Psychology"*. Seiner Ansicht nach müsse die Psychologie positiver und weniger negativ werden. Sie sollte „keine Furcht haben vor den höheren Möglichkeiten der menschlichen Existenz" (Maslow, 1965, S. 27).

2.2 Subjektives Wohlbefinden

Zum ersten Mal taucht das Thema *Wohlbefinden* in der wissenschaftlichen Psychologie 1969 auf. In seinem Buch *„The structure of psychological well-being"* wirft Norman Bradburn (1969) die Frage auf, wie sich größere soziale Veränderungen, z. B. in Arbeit, Bildung oder Politik, auf Lebenssituation und Wohlbefinden von Individuen auswirken. Umfragestudien waren die Grundlage für Forschungsarbeiten dieser Zeit; sie lieferten bereits Belege dafür, dass das Wohlbefinden von Menschen durch äußere Faktoren beeinflusst wird und nicht nur auf Persönlichkeitseigenschaften zurückzuführen ist.

In den 1980er-Jahren änderte sich die Forschungsperspektive durch die Arbeiten Ed Dieners, der sich die Definition und systematische Messung des Konstruktes *well-being* zum Ziel gesetzt hatte und dessen Artikel *„Subjective Well-Being"* (Diener, 1984) einen Meilenstein im Forschungsgebiet des Wohlbefindens darstellt. Die Wahl des Begriffs „Subjektives Wohlbefinden" begründete er mit folgender Aussage: *„The ultimate judge of happiness should be whoever lives inside a person's skin"* (Myers/Diener, 1995, S. 11). Diener ging methodisch über Umfragen zum erlebten Wohlbefinden hinaus und veröffentlichte die erste differenzierte Operationalisierung des Konstrukts Wohlbefinden. Dabei unterschied er zwischen einer affektiven und einer kognitiven Komponente, die mittlere bis hohe Korrelationen zeigen (vgl. Diener et al., 2000). Sie werden im Folgenden näher dargestellt.

2.2.1 Affektives subjektives Wohlbefinden: Affektbilanz

Der emotionale bzw. affektive Aspekt des subjektiven Wohlbefindens umfasst Ausmaß und Verhältnis positiver und negativer Stimmungen und Gefühle in einem gegebenen Zeitraum – *„moods and emotions, which together are labeled affect"* (Diener et al., 1999, S. 27). Diener und Emmons (1984) wiesen nach, dass positiver und negativer Affekt (PA und NA) getrennte Dimensionen des subjektiven Erlebens sind. Beide hängen zwar miteinander zusammen, sind jedoch als getrennte Dimensionen operationalisierbar.

Die hedonische Komponente des subjektiven Wohlbefindens entspricht dem Verhältnis von PA und NA über einen bestimmten Zeitraum und wird auch als Affektbilanz bezeichnet. Sie wird also sowohl durch positive als auch negative Emotionen bestimmt. Eine einfache Erfassungsmethode für affektives Wohlbefinden wurde bereits 1988 von Fordyce entwickelt. Menschen sollen dabei den zeitlichen Prozentanteil schätzen, in dem sie sich während eines definierten Zeitraums glücklich, neutral oder unglücklich gefühlt haben, so dass insgesamt 100 % erreicht werden. Diese einfache Einschätzung korreliert hoch mit aufwendigeren Maßen des affektiven Wohlbefindens und stellt daher nach wie vor eine sehr gute Messmöglichkeit für affektives Wohlbefinden dar (vgl. Eid/Larsen, 2008).

2.2.2 Kognitives subjektives Wohlbefinden

Der kognitive Aspekt des Wohlbefindens umfasst die Lebenszufriedenheit, also die subjektive Bewertung des eigenen Lebens (vgl. Diener et al., 2000). Sie lässt sich als eigenständiges Konstrukt abgrenzen von positiven bzw. negativen Emotionen, Optimismus und Selbstwert (vgl. Diener et al., 1999). Aspekte der Lebenszufriedenheit beinhalten einerseits die Einschätzung der eigenen Lebensbedingungen in Bezug auf persönliche Maßstäbe und andererseits die Zufriedenheit mit der eigenen Lebensgestaltung. Kriterien für diese Beurteilung sind durch persönliche Werte geprägt (vgl. Diener et al., 2009). Für sozial eingestellte Personen wäre für die subjektive Bewertung z. B. die Zugehörigkeit wichtig, für leistungsorientierte Personen eher der persönliche Erfolg, für sogenannte *„sensation seekers"* mehr das Ausmaß erlebter Anregung.

Um der subjektiven Bewertung in ihrer Vielfalt gerecht zu werden, wird zwischen der allgemeinen und der spezifischen Lebenszufriedenheit differenziert:

- Die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit bezieht sich auf zentrale *life domains* wie Beruf, Familie, Privatleben und Freundschaften sowie die eigene Person im Sinne von Vitalität, Gesundheit und Selbstfürsorge.
- Die allgemeine Lebenszufriedenheit betrachtet das eigene Leben als Ganzes, nicht allein den Durchschnitt der Zufriedenheit aus einzelnen Lebensbereichen.

2.3 Psychisches Wohlbefinden[2]

Durch Ed Dieners Konzept des subjektiven Wohlbefindens mit einer emotionalen und einer kognitiven Dimension wurde das Konstrukt „Glück" empirisch-psychologisch operationalisierbar. Es konnte somit untersucht werden und Grundlage weiterer Forschung sein.

Die britische Forscherin Carol Ryff warf folgerichtig die nächste Frage auf: Wenn wir nun verstehen, wie sich subjektives Wohlbefinden messen lässt, welche Faktoren bestimmen dann sein Ausmaß? Und wie lassen sich diese Faktoren wiederum beschreiben und operationalisieren? In ihrem Artikel *„Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being"* fasst Ryff diese konzeptuellen Fragen zusammen: *„Much of the prior literature is founded on conceptions of well-being that have little theoretical rationale and, as a consequence, neglect important aspects of positive functioning."* (Ryff, 1989, S. 1069) Um dieses Konzept des *positive psychological functioning* im Sinne eines Synonyms für Wohlbefinden zu beschreiben, verweist sie auf Vorläufer:

- Maslow (1965): Konzept der Selbstaktualisierung
- Rogers (1961): Verständnis der *fully functioning person*
- Jung (1933): Prinzip der Individuation
- Allport (1961): Konzept der Reife
- Erikson (1999): Theorie der psychosozialen Entwicklungsaufgaben über die Lebensspanne
- Jahoda (1958): Kriterien positiver psychischer Gesundheit

---

2 Im Englischen haben die Begriffe *„psychic"* und *„psychological"* grundlegend unterschiedliche Bedeutungen. Im Deutschen lässt sich *psychological* dagegen sowohl mit „psychisch" als auch mit „psychologisch" übersetzen. Im vorliegenden Text werden die Begriffe „psychisches Wohlbefinden" und „psychologisches Wohlbefinden" synonym verwendet.

Dass diese Modelle in der empirischen Forschung nur wenig aufgegriffen wurden – *„meager empirical impact"* (Ryff, 1989, S. 1070) –, begründet Ryff mit dem Fehlen passender Erfassungsmethoden für die postulierten Konstrukte, mit der Unterschiedlichkeit der darin verwendeten Kriterien für Wohlbefinden und schließlich mit dem Argument, diese Konzepte seien hoffnungslos mit Werten überladen – *„hopelessly value laden in its pronouncements about how people should function"* (Ryff, 1989, S. 1070).

Um die vielfältigen Konzepte des *positive psychological functioning* inhaltlich zu verbinden, stellt Ryff das Konzept des psychologischen Wohlbefindens vor. Sie konzeptualisiert psychiches umfassender als subjektives Wohlbefinden mit den Aspekten der Affektbilanz und Lebenszufriedenheit. Sie postuliert sechs empirisch überprüfbare Dimensionen:[3] Autonomie, Selbstwirksamkeit (*environmental mastery*), persönliches Wachstum, positive Beziehungen, Selbstakzeptanz und Sinn im Leben.[4] Tab. 2.1 zeigt die Definitionen der Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens (vgl. Ryff, 1989, S. 1070).

Tab. 2.1: Definitionen der sechs Dimensionen des psychischen Wohlbefindens (Ryff, 1989, S. 1072)

Dimension	Definition
Autonomy	*High scorer:* Is self-determining and independent; able to resist social pressures to think and act in certain ways; regulates behavior from within; evaluates self by personal standards. *Low scorer:* Is concerned about the expectations and evaluations of others; relies on judgments of others to make important decisions; conforms to social pressures to think and act in certain ways.
Environmental mastery	*High scorer:* Has a sense of mastery and competence in managing the environment; controls complex array of external activities; makes effective use of surrounding opportunities; able to choose or create contexts suitable to personal needs and values. *Low scorer:* Has difficulty managing everyday affairs; feels unable to change or improve surrounding context; is unaware of surrounding opportunities; lacks sense of control over external world.

3 Zu ihrer Erfassung liegt der Fragebogen *„Psychological Well-Being Scales"* (Ryff, 1989) in zwei Fassungen vor: in einer Langform mit 84 Items und in einer mittleren Form mit 54 Items.

4 Selbstakzeptanz und *environmental mastery* korrelieren hoch mit Lebenszufriedenheit und Selbstwert. Die anderen Aspekte des psychologischen Wohlbefindens wie Autonomie, Sinn und persönliches Wachstum zeigten in Ryffs Validierungsstudie geringere Zusammenhänge (vgl. Ryff, 1989). Die konzeptuelle versus der empirischen Unabhängigkeit der sechs Bereiche des psychologischen Wohlbefindens ist jedoch nicht unumstritten: Springer, Hauser und Freese (2006) finden bei vier der sechs Faktoren Korrelationen nahe 1,0.

Dimension	Definition
Personal growth	*High scorer:* Has a feeling of continued development; sees self as growing and expanding; is open to new experiences; has sense of realizing his or her potential; sees improvement in self and behavior over time; is changing in ways that reflect more self-knowledge and effectiveness. *Low scorer:* Has a sense of personal stagnation; lacks sense of improvement or expansion over time; feels bored and uninterested with life; feels unable to develop new attitudes or behaviors.
Positive relations with others	*High scorer*: Has warm, satisfying, trusting relationships with others; is concerned about the welfare of others; capable of strong empathy, affection, and intimacy; understands give and take of human relationships. *Low scorer:* Has few close, trusting relationships with others; finds it difficult to be warm, open, and concerned about others; is isolated and frustrated in interpersonal relationships; not willing to make compromises to sustain important ties with others.
Self-acceptance	*High scorer:* Possesses a positive attitude toward the self; acknowledges and accepts multiple aspects of self including good and bad qualities; feels positive about past life. *Low scorer:* Feels dissatisfied with self; is disappointed with what has occurred in past life; is troubled about certain personal qualities; wishes to be different than what he or she is.
Purpose in life	*High scorer:* Has goals in life and a sense of directedness; feels there is meaning to present and past life; holds beliefs that give life purpose; has aims and objectives for living. *Low scorer:* Lacks a sense of meaning in life; has few goals or aims, lacks sense of direction; does not see purpose of past life; has no outlook or beliefs that give life meaning.

Subjektives Wohlbefinden beschreibt nach Ryff kurzfristigeres affektives Wohlbefinden im Sinne von *happiness*, psychisches Wohlbefinden beruht dagegen auf längerfristigen Herausforderungen des Lebens wie z. B. auf Sinnfindung, befriedigenden Beziehungen und persönlichem Wachstum (vgl. Ryff, 1989). Bei diesem Argument lässt Ryff allerdings Dieners Ansatz der Lebenszufriedenheit außer Acht, der ja gerade die längerfristige Bewertung des gesamten eigenen Lebens einschließt.

2.4 Hedonisches und eudaimonisches Wohlbefinden

Bradburn (1969) übersetzte Aristoteles' Aussage aus der Nikomachischen Ethik, das höchste Gut menschlichen Handelns sei *eudaimonia,* mit den Worten *„the highest of all goods achievable by human action is happiness"* (Ryff, 1989, S. 1070) und erklärte *happiness* folglich zum Forschungsgegenstand. Bradburns Übersetzung des griechischen

Begriffs *eudaimonia* mit *happiness* war allerdings nicht ganz zutreffend, denn *eudaimonia* bedeutet weniger „Glück“ im Sinne von *happiness,* sondern vielmehr „Glückseligkeit“ im Sinne eines göttlichen Geschenks. Für Aristoteles stellte sich als zentrale Frage der menschlichen Existenz die, was ein „gutes Leben“ ausmache. Der Mensch, der ein gutes Leben geführt habe, habe *eudaimonia* erlangt:[5]

> „Das Gute (ist) für den Menschen die Tätigkeit der Seele auf Grund ihrer besonderen Befähigung, und wenn es mehrere solcher Befähigungen gibt, nach der besten und vollkommensten; und dies auch noch ein volles Leben hindurch.“ (Aristoteles, 2007, S. 30 f.)

Norton (1976) definierte Eudaimonismus wenige Jahre nach Bradburns erster Veröffentlichung als sinnvolles Leben, geprägt durch Selbsterkenntnis und Selbstverantwortung in Verbindung mit dem Streben nach persönlicher Exzellenz. Dieses Verständnis von *eudaimonia* steht im Kontrast zum hedonischen Verständnis von *happiness* als *pleasure*, das auf Bradburns nicht ganz präzise Übersetzung zurückgeht.

In der Psychologie wird Wohlbefinden mittlerweile in *hedonic* und *eudaimonic well-being* differenziert (vgl. etwa Ryan/Deci, 2001; Seligman/Csikszentmihályi, 2001).

Hedonisches Glück bzw. Wohlbefinden (*hedonic happiness* bzw. *hedonic well-being*) ist durch ein hohes Maß an positivem und einem geringen Maß an negativem Affekt charakterisiert: *„pleasure or happiness“* (Ryan/Deci, 2001, S. 143). Der eudaimonische Ansatz mit Carol Ryff als Hauptvertreterin betrachtet „Bedingungen eines gelingenden Lebens und menschliche Stärken“ (Eid, 2014, S. 1803). Entwicklung und Selbstaktualisierung des Individuums sind zentrale Faktoren für dessen (psychisches) Wohlbefinden.

Forscher aus den beiden Bereichen des subjektiven, hedonischen und des psychologischen, eudaimonischen Wohlbefindens bringen häufig konträre Argumente in die Diskussion. Ob beide Konzepte tatsächlich unabhängige Dimensionen menschlichen Wohlbefindens abbilden, wird heute ebenfalls kritisch diskutiert (vgl. z. B. Kashdan et al., 2008). „Interindividuelle Unterschiede im hedonischen [Wohlbefinden] und im eudämonischen [Wohlbefinden] sind nicht unabhängig voneinander, sondern hängen stark miteinander zusammen“ (Eid, 2014,

---

5 Damit hat Aristoteles bereits den Begriff des Flourishing vorweggenommen, der im folgenden Abschnitt dieses Beitrags detailliert beschrieben wird.

S. 1803). Flourishing verbindet schließlich beide Aspekte des Wohlbefindens, wie im folgenden Abschnitt gezeigt wird.

2.5 Flourishing

Flourishing (zu Deutsch: „aufblühen") beschreibt den biologischen Prozess des Wachstums und aus psychologischer Sicht eine gelingende psychische Entwicklung im Sinne der Selbstaktualisierung. Flourishing umfasst als zentrales Konzept der positiven Psychologie subjektives Wohlbefinden, psychische Leistungsfähigkeit und persönliches Wachstum. Ziel der positiven Psychologie ist es, Flourishing zu fördern (vgl. Seligman, 2011b). Dies ist vor dem aktuellen Hintergrund weltweit steigender Prävalenz depressiver Erkrankungen besonders relevant (vgl. z. B. WHO, 2017; Badura et al., 2018).

Der Begriff Flourishing wird heute auch in Fachkreisen häufig Martin Seligman zugeschrieben (vgl. Seligman, 2011b), doch als psychologischer Fachausdruck wurde er erstmals 2002 von Corey Keyes benutzt. Keyes erweiterte als Psychologe und Soziologe das Verständnis psychischer Gesundheit bzw. Krankheit um eine zweite Dimension des Flourishing bzw. Languishing („verkümmern"). Dies stellt einen Paradigmenwechsel dar, da psychisches Wohlbefinden nun erstmals unabhängig von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit untersucht werden konnte. Auch wenn psychische Gesundheit und Wohlbefinden zweifellos häufiger gemeinsam auftreten, so kann es doch denkbar sein, trotz einer Diagnose einer psychisch bedingten Störung ein gewisses Maß an psychischem Wohlbefinden zu erleben, so Keyes' These. Sie wird im Folgenden genauer beleuchtet.

2.5.1 Flourishing nach Keyes

Die Abwesenheit psychischer Krankheit bzw. Störung oder Diagnose ist noch nicht hinreichend für das Vorliegen von psychischer Gesundheit (vgl. Keyes, 2002). Ebenso wie für eine Diagnose einer psychischen Störung bestimmte Kriterien erforderlich sind – bei Depression etwa Anhedonie und eine eingeschränkte psychische Leistungsfähigkeit –, gilt dies nach Keyes auch für die „Diagnose Flourishing". Hone et al. benennen diese Kriterien als „*hedonic symptoms and positive functioning*" (2014, S. 65).

Die beste Annäherung an eine deutsche Übersetzung von *„functioning“* ist vermutlich der Ausdruck „Leistungsfähigkeit“. Der Begriff selbst geht zurück auf Carl Rogers' Konzept der fully functioning person, die folgende Eigenschaften aufweist (vgl. Rogers, 1961):

- Offenheit für positive und negative Erfahrungen
- Bereitschaft, den gegenwärtigen Moment urteilsfrei wertschätzen zu können
- Vertrauen in die eigenen Gefühle
- Bereitschaft, Risiken einzugehen, um neue Erfahrungen und Herausforderungen zu suchen
- ein glückliches und zufriedenes Leben

Die WHO definiert psychische Gesundheit (*mental health*) heute als einen Zustand des Wohlbefindens, in dem ein Mensch seine Stärken einsetzt, mit normalen Lebensbelastungen umgehen und produktiv arbeiten kann sowie einen Beitrag für die Gemeinschaft bzw. Gesellschaft leistet (vgl. Herrman et al., 2005). Keyes erweitert dieses Verständnis positiver psychischer Leistungsfähigkeit ausdrücklich vom individualzentrierten auf einen interpersonalen, sozialen Bereich. Er bezieht sich auf Arbeiten Ed Dieners zum emotionalen Wohlbefinden (vgl. Diener, 1984), auf Carol Ryffs Unterscheidung zwischen hedonischem und eudaimonischem bzw. emotionalem und psychologischem Wohlbefinden (vgl. Ryff, 1989) und ergänzt es um die Dimension des sozialen Wohlbefindens.

Keyes bietet damit eine umfassende Konzeptualisierung und Operationalisierung für Glück bzw. Wohlbefinden im Sinne von *Flourishing* an. *Emotionales Wohlbefinden* (*emotional well-being*) spiegelt emotionale Vitalität wider und steht konzeptuell in engem Zusammenhang mit *Subjektivem Wohlbefinden* nach Diener und Kollegen (2000). *Funktionales Wohlbefinden* (*positive functioning*) umfasst dagegen „facettenreiche Symptome positiver Leistungsfähigkeit“ – *„a multifaceted cluster of symptoms of positive functioning“* (Keyes, 2002, S. 210) –, die auf Ryffs Konzept des *Psychologischen Wohlbefindens* mit seinen sechs Dimensionen beruhen (vgl. Ryff, 1989). Als dritte, neue Dimension nimmt Keyes das *Soziale Wohlbefinden* in das Konzept auf und differenziert dabei fünf Bereiche (vgl. Keyes, 2002, S. 212):

- *soziale Kohärenz* (*social coherence*): verstehen, was aktuell in der Gesellschaft passiert; „Gesellschaft“ kann dabei sowohl das unmittelbare Umfeld einer

Person umfassen als auch einen größeren Kontext bis hin zur Menschheit als Ganzes.

- *soziale Akzeptanz* (*social acceptance*): eine positive Haltung anderen gegenüber einnehmen, bei der man auch Schwierigkeiten anderer Menschen wahrnimmt
- *soziale Aktualisierung* (*social actualization*): der Glaube daran, dass sich die Gemeinschaft entwickeln kann und wird
- *sozialer Beitrag* (*social contribution*): das Gefühl, dass die eigenen Aktivitäten einen Beitrag für die Gemeinschaft darstellen und wertgeschätzt werden
- *soziale Integration* (*social integration*): Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gemeinschaft

Mit diesen Kriterien für *Emotionales* und *Funktionales Wohlbefinden* beschreibt Keyes das genaue Gegenteil einer schweren Depression nach DSM-III-R (vgl. American Psychiatric Association, 1987). Keyes (2002) fordert explizite Kriterien für die Diagnose psychischer Gesundheit und bietet dafür zwei Skalen zur emotionalen Vitalität und elf Skalen für positive Leistungsfähigkeit an: Positive Gefühle und Lebenszufriedenheit werden dabei mit jeweils einem Item erfasst; zusätzliche Fragebögen decken die sechs Bereiche des psychischen Wohlbefindens (vgl. Ryff, 1989) und weitere fünf die Aspekte des sozialen Wohlbefindens (vgl. Keyes, 2002) ab.

2.5.2 Das Doppel-Kontinuum psychischer Gesundheit konzeptuell betrachtet

Keyes (2002) erweitert in seinem *Dual Continua Model* die zuvor eindimensionale Definition psychischer Gesundheit versus Krankheit um die zweite Dimension des Flourishing versus Languishing:

- Eine horizontale Achse bildet die Dimension der psychischen Gesundheit ab. Ein Pol wird durch das Vorliegen einer diagnostizierten psychischen Störung[6] gebildet („krank“), der andere durch die Abwesenheit einer solchen Diagnose („gesund“).

6 Keyes bezieht sich dabei aus empirischen Gründen nur auf die häufigsten psychischen Störungen, nämlich Depression und Angststörungen.

- Die Pole der vertikalen Achse sind durch Aufblühen (*flourishing*) einerseits und Verkümmern (*languishing*) andererseits gekennzeichnet.
- Dadurch entstehen vier Quadranten: krank und verkümmernd, gesund und verkümmernd, krank und aufblühend sowie gesund und aufblühend.[7]

Flourishing entspricht einem Zustand der vollen psychischen Leistungsfähigkeit im Sinne des emotionalen und funktionalen Wohlbefindens. Languishing beschreibt dagegen den entgegengesetzten Zustand eingeschränkter psychischer Leistungsfähigkeit. Im Mittelfeld dieser Achse findet sich der Bereich der mittleren psychischen Gesundheit (*moderately mentally healthy*). Sowohl Flourishing als auch Languishing und mittlere psychische Gesundheit sind jeweils bei zwei Gruppen von Menschen beobachtbar: einerseits bei Personen mit einer diagnostizierten psychischen Störung und andererseits bei Menschen mit eingeschränkter psychischer Leistungsfähigkeit, bei denen keine derartige Diagnose vorliegt.

2.5.3 Das Doppel-Kontinuum psychischer Gesundheit empirisch betrachtet

Für die „Diagnose Flourishing“ sind nach Keyes bei einer der zwei Skalen des subjektiven Wohlbefindens, also bei positiven Emotionen oder Lebenszufriedenheit, Werte im oberen Drittel erforderlich und zusätzlich hohe Werte in 6 der 11 Unterskalen, die das psychologische und soziale Wohlbefinden erfassen. *„In short, individuals who are languishing or flourishing must exhibit, respectively, low or high levels on at least seven or more of the 13 symptom scales“* (Keyes, 2002, S. 210).

Keyes (2002) analysierte Daten von 3.032 US-Amerikanern im Alter zwischen 25 und 74 Jahren aus der *Midlife in the United States Study 1995* (MIDUS, n = 3.032). Bei 14,1 % der Stichprobe lag eine diagnostizierte Depression vor. Innerhalb dieser 14,1 % erfüllten 4,7 % der Gesamtstichprobe die Kriterien für Languishing, 0,9 % für Flourishing und 8,5 % für eine mittlere psychische Leistungsfähigkeit (vgl. Keyes, 2002, S. 213). Eine diagnostizierte Depression ist also nicht automatisch mit dem Zustand des Languishing gleichzusetzen; es ließ sich also bei 0,9 % der Gesamtstichprobe trotz der depressiven Symptomatik eine hohe psychische Leistungsfähigkeit feststellen und bei einem größeren Anteil eine mittlere Leistungsfähigkeit. Dies bestätigt Keyes’

7 Als Messinstrument für Flourishing steht der Fragebogen *Mental Health Continuum (MHC)* in verschiedenen Formen zur Verfügung, inzwischen auch in einer Kurzform (vgl. Keyes, 2002).

Annahme, dass psychische Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit nicht allein durch die Dimension „krank“ versus „gesund“ definierbar sei. Der Anteil der Menschen mit mittlerem Wohlbefinden war auf der klinischen und nicht klinischen Seite gleich hoch. Von den restlichen 85,9 % aus Keyes’ Stichprobe, bei denen keine diagnostizierte Depression vorlag, erfüllten nur 17,2 % die Kriterien für Flourishing. Vereinfacht gesagt: Obwohl sie „gesund“ waren, blühten diese Personen nicht auf. 12,1 % erfüllten die Kriterien für Languishing und 56,6 % waren mäßig psychisch gesund (*moderately mentally healthy*).

Unabhängig vom Vorliegen der Diagnose einer Depression erfüllten nur 18,1 % von Keyes’ Gesamtstichprobe die Kriterien für Flourishing, 16,8 % die für *languishing* und 65,1 % lagen dazwischen. Von zehn Erwachsenen sind laut Keyes im Durchschnitt weniger als zwei auf einem Niveau voller psychischer Leistungsfähigkeit. Eine bis zwei von zehn Personen sind klinisch depressiv, sechs sind frei von Symptomen und in ihrem Alltag mehr oder weniger zufrieden, leben aber auf einem Niveau deutlich niedrigerer psychischer Leistungsfähigkeit, als möglich wäre. Eine Steigerung des Flourishing dieser letztgenannten Gruppe wäre nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv sinnvoll, da Flourishing zu gesteigerter Gesundheit und Produktivität führt und Menschen belastende Lebensereignisse dann besser bewältigen können, ohne klinische Symptome zu entwickeln (vgl. Diener/Biswas-Diener, 2011). Die Förderung von Flourishing in der allgemeinen Population kann also durchaus als Präventionsmaßnahme verstanden werden.

Nach dieser Beschreibung der Situation in den USA soll nun eine aktuelle Studie aus den Niederlanden dargestellt werden. Bei mehr als 5.000 Erwachsenen erfassten die Autoren das Ausmaß an Flourishing (vgl. Schotanus-Dijkstra et al., 2016) und nutzten dafür Daten aus nationalen Surveys (drei Wellen aus den Jahren 2010 bis 2012, $n > 5.000$), in denen vergleichbare Aspekte erfasst wurden wie bei Keyes’ Studie.

- In den Niederlanden lag der Anteil an „Flourishern“ 2015 bei 36,5 % und war damit fast doppelt so hoch wie bei Keyes’ Untersuchung im Jahr 2002 in den USA.
- Languishing war dagegen in den Niederlanden kaum nachweisbar; nur 1,6 % der Stichprobe erfüllten die notwendigen Kriterien, verglichen mit 12,1 % in den USA.

- Der Anteil der untersuchten Erwachsenen, die als *moderately mentally healthy* eingestuft werden können, unterschied sich dagegen in beiden Studien kaum (Keyes: 65,1 %, Schotanus-Dijkstra et al.: 61,9 %).

2.5.4 Das Spektrum psychischer Gesundheit nach Huppert und Wittington

Huppert und Wittington (2005) verglichen anhand von Daten aus dem *European Social Survey* (ESS) (vgl. Jowell, 2003) im Jahr 2006 und 2007 das Ausmaß an Flourishing in verschiedenen Nationen. Sie definieren Flourishing ähnlich wie Keyes über Kern- und Zusatzmerkmale:[8]

- *Kernmerkmale* sind positive Emotionen, Engagement und Sinnerleben.
- *Zusatzmerkmale* umfassen Optimismus, Resilienz, Vitalität, positive Beziehungen, Kompetenz, Selbstwert und emotionale Stabilität.

Bezogen auf Menschen, die „aufblühen", liegt Deutschland in Hupperts Studie mit 20 % im Mittelfeld. Spitzenreiter ist Dänemark mit über 40 %, und auch die deutschsprachigen Nachbarländer Österreich und die Schweiz zeigen mit 27 % und 31 % deutlich höhere Werte im Flourishing (vgl. Huppert/So, 2013).

Im Grunde stellen Huppert und Kollegen aber keinen neuen Ansatz zum konzeptuellen Verständnis von Flourishing vor, sondern stützen sich auf Keyes' Grundlagen. Sie nutzen Daten aus europäischen Surveys, um damit das Konzept im nationalen Vergleich zu erforschen. Im Unterschied zu Keyes betrachten Huppert und Wittington Flourishing isoliert, ohne zusätzlich das Vorliegen einer psychischen Störung zu erfassen, da diese Information in den ihnen vorliegenden Daten nicht enthalten war. Im Grunde lässt sich Hupperts Ansatz damit konzeptuell dem von Keyes zuordnen und kann eher als *data-driven* verstanden werden denn als neue theoretische Basis zum Verständnis von Flourishing. In Bezug auf interkulturelle Validierung der Messinstrumente für die beschriebenen Flourishing-Ansätze wird auch kritisiert, dass Hupperts Ansatz bisher nicht außerhalb des ESS verwendet wurde (vgl. Hone et al., 2014).

---

8 Im Unterschied zu Keyes, der in seiner Flourishing-Studie (2002) umfangreiche Fragebögen verwendete, um die einzelnen Dimensionen des emotionalen, psychologischen und sozialen Wohlbefindens zu erfassen, mussten sich Huppert und Kollegen auf passende Items des ESS beschränken (vgl. Huppert/So, 2013).

So wie Keyes stellen auch Huppert und Kollegen fest, dass nur jeweils eine Minderheit der untersuchten Stichprobe *aufblüht*. Die Zahlen für Depression und Burn-out steigen weltweit (vgl. CDC, 2013; Busch et al., 2013; Schaufeli et al., 2009) und nur ein kleiner Prozentsatz der Bevölkerung lebt in einem Zustand guter, geschweige denn optimaler, psychischer Leistungsfähigkeit (vgl. Keyes, 2002, 2007; Huppert/So, 2013; Huppert, 2005). Huppert fordert deshalb einen neuen epidemiologischen Ansatz für die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen, um zu erreichen, dass der Anteil an Menschen steigt, die die Kriterien Flourishing erfüllen. Dies ist besonders relevant vor dem Hintergrund des weltweiten Anstiegs von depressiven Störungen und der entsprechenden medikamentösen Versorgung. In Deutschland beispielsweise hat sich der Verbrauch von Antidepressiva zwischen 2007 und 2011 nahezu verdoppelt (vgl. OECD, 2013).

2.5.5 Das PERMA-Modell nach Seligman

Seligmans PERMA-Modell umfasst fünf Faktoren für Wohlbefinden bzw. Flourishing. Er geht damit über sein bisheriges, erstmals 2005 in „Authentic Happiness“ beschriebenes Konzept für Wohlbefinden im Sinne von *Happiness* hinaus (vgl. Seligman, 2011a). Dort postulierte er noch drei Faktoren für menschliches Glück, nämlich Sinn, Engagement und positive Emotionen. Im PERMA-Modell veränderte er das zentrale Konstrukt von *Glück* in *Wohlbefinden* und ergänzte zwei weitere dafür relevante Faktoren, nämlich positive Beziehungen und Leistung bzw. Erfolg (*accomplishment*).

Seligman operationalisiert Wohlbefinden im Sinne von Flourishing durch fünf messbare Elemente: positive Emotionen (P), Engagement (E), Beziehungen (R für *relationships*), Sinn (M für *meaning*) und Erfolg (A für *accomplishment*). Diese Elemente werden durch die persönlichen Charakterstärken eines Individuums (vgl. Peterson/Seligman, 2004) unterstützt. Mit der Benennung PERMA spielt Seligman auf den Aspekt der Nachhaltigkeit des so erreichten Wohlbefindens an (*permanent*). Hone et al. (2014) weisen darauf hin, dass für das PERMA-Modell bisher noch keine empirischen Belege vorliegen. Diese Situation hat sich bis heute nicht wesentlich verändert, auch wenn der PERMA-Ansatz dennoch im angewandten Feld wegen seiner Griffigkeit und Verständlichkeit große Resonanz erfährt (vgl. Ebner, 2019).

2.6 Flourishing – Vergleich der Ansätze und Fazit

Alle hier beschriebenen Ansätze verstehen Flourishing als multidimensionales Konstrukt für psychisches Wohlbefinden. Auch wenn es im Detail teils recht unterschiedlich operationalisiert wird, so ist doch für alle Autoren ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden zentral für das Verständnis dessen, was ein gelingendes Leben ausmacht. Alle genannten Ansätze stützen sich außerdem auf das Konzept des *positive feeling* und *positive functioning* und stimmen darin überein, dass es nicht genügt, sich nur „gut“ zu fühlen, sondern auch eine Wertebasis nötig ist, damit Menschen eine hohe psychische Leistungsfähigkeit entwickeln können.[9]

Worin stimmen die beschriebenen Ansätze nun überein? Was gehört zu Flourishing?

- Positive Beziehungen, Engagement (bei Keyes: „Interesse“) sowie *meaning and purpose* sind in allen vier Ansätzen zentral.
- *Accomplishment* im Sinne des Gelingens erscheint in drei Konzepten; bei Ryff wäre damit der Aspekt der *environmental mastery* vergleichbar.
- Alle Ansätze beinhalten das Kriterium der positiven Emotionen.
- Selbstakzeptanz und Selbstwert werden in drei Konzepten erfasst – jedoch nicht bei Seligman.
- Optimismus, Vitalität und Resilienz erscheinen als Kriterium nur bei Huppert.
- Keyes integriert in sein Modell Aspekte des sozialen Wohlbefindens und geht damit als einziger über eine rein intraindividuelle Betrachtung von Flourishing hinaus.

Empirische Belege zeigen seit mehr als 20 Jahren, dass Flourishing trotz Symptombelastung möglich ist. Keyes forderte bereits 2002 ein neues Verständnis psychischer Gesundheit, das nicht nur auf Diagnosen beruht, sondern das Ausmaß der psychischen Leistungsfähigkeit integriert und vor allem fördert. Ein solches ganzheitliches Verständnis gelingenden Lebens und Arbeitens ist notwendig, um die wachsenden Herausforderungen unserer Zeit erfolgreich zu bewältigen: Wenn psychische Belastungen zunehmen, dadurch bedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz

9 Am besten validiert und am häufigsten eingesetzt wird nach Hone et al. (2014) der Ansatz von Keyes und der darauf basierende Fragebogen MHC.

steigen und im individuellen Lebenslauf bereits früher einsetzen als in der Generation unserer Eltern und Großeltern, so sind wir dringend aufgerufen, dem mit einem differenzierten Verständnis zu begegnen und entsprechende Maßnahmen und Interventionen zu entwickeln, zu validieren und flächendeckend einzusetzen.

Literatur

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R.* 3. Auflage, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Aristoteles (2007). *Nikomachische Ethik. Griechisch – Deutsch.* 2. Auflage, Düsseldorf: Artemis & Winkler.

Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J. et al. (2018). *Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Blickhan, D. (2018). *Positive Psychologie. Ein Handbuch für die Praxis.* 2. erw. Auflage, Paderborn: Junfermann.

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being.* http://www.norc.org/PDFs/publications/BradburnN_Struc_Psych_Well_Being.pdf (18.09.2019).

Busch, M. A./Maske, U. E./Ryl, L./Schlack, R. et al. (2013). *Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1).* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56 (5–6), S. 733–739.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2013). *National Health and Nutrition Examination Survey: Analytic Guidelines, 1999–2010. Data Evaluation and Methods Research.* https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_161.pdf (16.10.2019).

Diener, E. (1984). *Subjective well-being.* Psychological Bulletin, 95 (3), S. 542–575.

Diener, E./Suh, E. M./Lucas, R. E./Smith, H. L. (1999). *Subjective well-being: Three decades of progress.* Psychological Bulletin, 125 (2), S. 276.

Diener, E./Napa-Scollon, C. K./Oishi, S./Dzokoto, V. et al. (2000). *Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its parts.* Journal of Happiness Studies, 1 (2), S. 159–176.

Diener, E./Oishi, S./Lucas, R. E. (2009). *Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction.* Oxford handbook of positive psychology, 2, S. 187–194.

Diener, E./Biswas-Diener, R. (2011). *Happiness. Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth.* Malden/Oxford/Carlton: Blackwell Publishing.

Ebner, M. (2019). *Positive Leadership. Erfolgreich führen mit PERMA-Lead: die fünf Schlüssel zur High Performance.* 1. Auflage, Wien: Facultas.

Eid, M. (2014). *Wohlbefinden.* In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie. 17. Auflage, Bern: Hans Huber, S. 1803.

Eid, M./Larsen, J. (2008). *The Science of Subjective Well-Being.* New York: Guilford Press.

Erikson, E. H. (1999). *Kindheit und Gesellschaft.* 13. durchgesehene Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.

Herrman, H./Saxena, S./Moodie, R. (2005). *Promoting Mental Health – concepts, emerging evidence, practice.* Geneva: World Health Organization.

Hone, L. C./Jarden, A./Schofield, G. M./Duncan, S. (2014). *Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing.* International Journal of Wellbeing, 4 (1), S. 62–90.

Huppert, F. A. (2005). *Positive mental health in individuals and populations.* In: Huppert, F. A./ Baylis, N./Keverne, B.(Hrsg.): The science of well-being. Oxford: Oxford University Press, S. 307–340.

Huppert, F. A./So, T. C. (2013). *Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being.* Social Indicators Research, 110 (3), S. 837–861.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health.* New York: Basic Books.

Jowell, R. (2003). *European social survey 2002–2003.* London: Centre for Comparative Social Surveys.

Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul.* London: Kegan Paul.

Kashdan, T. B./Biswas-Diener, R./King, L. A. (2008). *Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia.* The Journal of Positive Psychology, 3 (4), S. 219–233.

Keyes, C. L. M. (2007). *Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health.* American Psychologist, 62 (2), S. 95–108.

Keyes, C. L. M. (2002). *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life.* Journal of Health and Social Behavior, 43 (2), S. 207.

Maslow, A. (1965). *A philosophy of psychology. The need for a mature science of human nature.* In: Severin, F. T. (Hrsg.): Humanistic viewpoints in psychology. New York: McGraw-Hill.

Myers, D. G./Diener, E. (1995). *Who is happy?* Psychological Science, 6 (1), S. 10–19.

Norton, D. L. (1976). *Personal destinies: A philosophy of ethical individualism.* Princeton: Princeton University Press.

OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. https://www.oecd.org/els/health-systems/ Health-at-a-Glance-2013.pdf (18.09.2019).

Peterson, C. (2006). *A Primer in positive psychology.* New York: Oxford University Press.

Peterson, C./Seligman, M. E. P. (Hrsg.) (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification.* New York/Oxford: Oxford University Press.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy.* London: Constable.

Ruckriegel, K./Niklewski, G./Haupt, A./Rodenstock, R. (2015). *Gesundes Führen mit Erkenntnissen der Glücksforschung.* 1. Auflage, Freiburg: Haufe-Lexware.

Ryan, R. M./Deci, E. L. (2001). *On Happiness and Human Potentials. A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being.* Annual Review of Psychology, 52 (1), S. 141.

Ryff, C. D. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being.* Journal of Personality and Social Psychology, 57 (6), S. 1069–1081.

Schaufeli, W. B./Leiter, M. P./Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice.* Career Development International, 14 (3), S. 204–220.

Schotanus-Dijkstra, M./Pieterse, M. E./Drossaert, C. H. C./Westerhof, G. J. et al. (2016). *What Factors are Associated with Flourishing? Results from a Large Representative National Sample.* Journal of Happiness Studies, 17 (4), S. 1351–1370.

Seligman, M. E. P. (2011a). *Authentic Happiness. Using the New Positive Psychology to Realise Your Potential for Lasting Fulfilment.* London: Nicholas Brealey Pub.

Seligman, M. E. P. (2011b). *Flourish. A visionary new understanding of happiness and well-being.* 1. Auflage, New York: Free Press.

Seligman, M. E. P. (1998). *The president's address.* American Psychologist, (54), S. 559–562.

Seligman, M. E. P./Csikszentmihályi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55 (1), S. 5–14.

Springer, K. W./Hauser, R. M./Freese, J. (2006). *Bad news indeed for Ryff's six-factor model of well-being.* Social Science Research, 35 (4), S. 1120–1131.

WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2017). *„Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health.* https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health (06.08.2019).

3 Psychische Gesundheit: Philosophische Hintergründe – heutige existenzielle Herausforderungen

HARTMUT KRESS

Sowohl die „Seele“ (griech.: psyche) als auch die „Gesundheit“ gehören zu den Schlüsselbegriffen der Anthropologie. Ihr Verständnis hat sich geschichtlich und kulturell allerdings immer wieder stark verändert. Nachfolgend geht es darum, beide Begriffe in einer der Gegenwart angemessenen Weise zusammenzuführen. Mit diesem Anliegen befassen sich – vor philosophie- und kulturgeschichtlichem Hintergrund – die ersten drei Abschnitte dieses Beitrags. Daran anknüpfend wird der vierte Abschnitt darlegen, dass der Schutz der Gesundheit in der Gegenwart ein wichtiges Menschen- und Grundrecht ist und dass die psychische Gesundheit in diesen Grundrechtsschutz einzubeziehen ist. Anschließend werden exemplarisch Chancen und Herausforderungen thematisiert, die sich für die persönliche Lebensgestaltung von Menschen ergeben, wenn man das Leitbild der seelischen bzw. der psychischen Gesundheit zugrunde legt.

3.1 Seelische Gesundheit im heutigen Verständnis: Gedanklicher Zugang

Der vorliegende Beitrag definiert seelische bzw. psychische Gesundheit als die Fähigkeit eines Menschen, sein Leben in einer ihm persönlich sinnvoll erscheinenden Weise möglichst eigenständig, verantwortungsbewusst und selbstbestimmt führen zu können. Für eine solche psychische Gesundheit ist ein bestimmtes Maß an Selbstvertrauen unerlässlich. Sie gründet auch auf Kommunikation und schließt den Dialog mit anderen Menschen ein.

Um diese vom Verfasser vorgenommene Begriffsbestimmung abzustützen, sei zur Vertiefung beispielhaft auf eine neuere Publikation hingewiesen. Das Buch trägt den Titel „Psychische Gesundheit. Begriffe und Konzepte“ (Heinz, 2016), stellt unterschiedliche Deutungen psychischer Gesundheit sowie Krankheit vor und erörtert sie. Es gelangt zu dem Fazit, psychische Gesundheit sei „mehr als die Abwesenheit von Krankheit“. Eine Person sei „genau dann“ gesund, „wenn ihr ihre eigenen Gefühle

vertraut sind“, wofür Empathie wesentlich sei. Psychische Gesundheit lasse sich „als Verhaltensvielfalt auf der Grundlage von Empathie und Selbstvertrauen“ begreifen; man könne „auch bei erkrankten Menschen von ‚gesunden Anteilen‘ sprechen und meint damit meist deren Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten, die den Umgang mit Schwierigkeiten wie eben auch zum Beispiel [mit] einer Erkrankung erleichtern und das Leben in der Mitwelt sichern“ (Heinz, 2016, S. 117 f.).

Philosophisch gesehen gründet ein solches Verständnis psychischer Gesundheit auf einem ganzheitlichen Menschenbild, das die körperliche und die geistig-seelische Dimension integriert und das den Menschen nicht isoliert oder solipsistisch, sondern in seinen Beziehungen zum Mitmenschen sieht. Dieses Menschenbild ist den Einsichten der modernen Lebens-, Existenz- und Dialogphilosophie verpflichtet und bringt eine Sicht des Menschseins zum Ausdruck, die Georg Simmel – einer der Vordenker der Lebensphilosophie und zugleich einer der Begründer der Sozialwissenschaften – im Jahr 1901 als „qualitativen Individualismus“ bezeichnet hat (vgl. Kreß, 2009, S. 29).

3.2 Geistesgeschichtliche Abgrenzungen

Die für den vorliegenden Beitrag zugrunde gelegte Begriffsbestimmung – psychische Gesundheit als Fähigkeit einer Person, aus ihrer individuellen Perspektive heraus authentisch, eigenständig und verantwortlich ihr Leben gestalten zu können – tritt noch profilierter zutage, wenn man zum Vergleich und zur Abgrenzung Denkansätze betrachtet, die kulturgeschichtlich eine Rolle gespielt haben. Im Folgenden sollen daher schlaglichtartig drei ältere Verständnisse zur „Gesundheit“ vorgestellt werden: (a) das religiöse Gehorsamsmodell, (b) das metaphysische Harmoniemodell sowie (c) neuzeitliches dualistisches Denken (hierzu kulturgeschichtlich ausführlich vgl. z. B. Porter, 2000; als knappe Übersicht vgl. Kreß, 2009, S. 56–66).

a) In den kulturgeschichtlichen Traditionen des Abendlands und des Orients sind Krankheit und Gesundheit lange Zeit vor allem religiös interpretiert worden. Dabei galt Krankheit z. B. als eine Prüfung oder als Strafe Gottes. Das Leben und die Gesundheit hielt man für Gaben, die Gott dem Menschen anvertraut habe und zu deren Erhaltung und Pflege der Mensch verpflichtet sei; denn menschliches Leben wurde im Judentum, Christentum und Islam als der Besitz oder das Eigentum Gottes angesehen. Für Gesundheit und Wohl-

ergehen ist gemäß einer solchen religiösen Anschauung, die noch bis heute nachwirkt, somit der Gehorsam gegenüber Gott maßgebend.

b) Geistesgeschichtlich lässt sich hiervon ein metaphysisches Harmoniemodell unterscheiden. Es beruht auf antiker Philosophie und prägte die antike und noch die mittelalterliche Medizin. Im Rahmen dieses Modells wurde der Mensch als Mikrokosmos betrachtet, in dem sich die Harmonie des göttlich geordneten Makrokosmos spiegeln sollte. In der Perspektive antiken Denkens gab es Gesundheit „nicht nur für den Leib, sondern auch für die Seele und für das Verhältnis beider; ja, alle Beziehungen müssen sich der *einen* Harmonie fügen, die das Weltall durchwirkt" (Vonessen, 1973, Sp. 559). Sofern ein Mensch erkrankte, war bei ihm die kosmologisch verankerte Harmonie gestört. In seiner leiblichen Existenz schlug sich dies in einer Disharmonie der Körpersäfte nieder, was durch Diätetik therapiert werden sollte. Um gesund zu werden, sollte der Mensch zu einer Lebensführung finden, die das Zusammenspiel der vier Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle wieder harmonisierte (vgl. Jankrift, 2003, S. 7 ff., S. 29).

c) Ganz andere Akzente setzte in der beginnenden Neuzeit die dualistische Philosophie, die Leib und Seele voneinander trennte. Für dieses frühneuzeitliche Paradigma war eine Krankheit gleichsam der Defekt einer Maschine, der mechanisch zu reparieren sei. Der französische Philosoph René Descartes verglich den Körper in diesem Verständnis mit einer Orgel; Leonardo da Vinci verglich den Arzt mit einem Architekten (vgl. Kreß, 2009, S. 65).

Im 19. Jahrhundert bildete sich schließlich der naturwissenschaftlich-experimentelle Zugang zum Menschen aus, der bis heute wirksam ist. Ihm folgend wird der menschliche Körper zellbiologisch, genetisch und in weiterer Hinsicht analysiert. Auf solcher Erforschung von Körper und Organen gründen die heutige Schulmedizin, die klinische Anamnese eines Patienten und die kurative Medizin. Lange Zeit ist darüber allerdings die seelische Dimension von Gesundheit und Krankheit vernachlässigt worden (vgl. Labisch, 1992, S. 272 ff., S. 311 ff., S. 318 ff.; Engelhardt, 2011, S. 30 ff.).

Wenn man nun zugespitzt nach „seelischer" oder „psychischer" Gesundheit fragt, ist es unumgänglich, den Seelenbegriff selbst zu klären. Prägend für die abendländische Idee der „Seele" war der Ansatz, den in der griechischen Antike Aristoteles entworfen hatte. Er hielt die Seele für eine Entelechie. Dieser griechische Begriff lässt

sich mit „Vollkommenheit, Vollendung, Verwirklichung, Wirklichkeit" wiedergeben (Franzen/Georgulis, 1972, Sp. 506). Für Aristoteles war die Seele die „erste Wirklichkeit" (griech.: energeia) des natürlichen Körpers und das vorgegebene Lebensprinzip eines Organismus. Dem Menschen selbst blieb sie unverfügbar, denn sie galt als dasjenige Sein, das die Entwicklung, das Werden und das Ziel des Lebens prägte und formte (vgl. Höffe, 1996, S. 135). Aristoteles stufte den Seelenbegriff ferner dreifach ab. Er hob von der vegetativen Seele, die Leben als solches ermögliche und bereits bei Pflanzen vorhanden sei, und der sensitiven Seele, auf der Empfindungen beruhen und die auch Tieren innewohne, die Geist- oder Vernunftseele ab. Letztere sei allein beim Menschen anzutreffen. Aristoteles zufolge bildet die Geistseele die Grundlage für das menschliche Sein als Vernunftwesen (vgl. Riedlinger, 1974; Höffe, 1996, S. 137 f.). Sie richtet den Menschen auf das Gute hin aus, öffnet ihn für das Universale, führt ihn zur ewigen Vollkommenheit und bedeutet – so lehrte im Mittelalter der an Aristoteles anknüpfende Philosoph Thomas von Aquin – eine ihm vorgegebene „Wesensgesetzlichkeit, die der menschlichen Praxis zu Grunde liegt" (Kluxen, 1998, S. 128).

Derartige metaphysisch-spekulative Seelenlehren sind spätestens seit der Epoche der Aufklärung ganz fern gerückt. In der Moderne erfolgte eine Wendung zum Subjekt, zur menschlichen Autonomie und zur Deutung der menschlichen Person als eines „individuellen Gesetzes" (vgl. Simmel, 1918, Kap. 4). Jeder Mensch ist eine individuelle Person, die in der Wechselwirkung mit anderen Menschen von sich selbst geformt wird und die sich im Lauf ihrer Biografie verändert und sich fortentwickeln kann. Genau dies gelangt auch in den Blick, wenn man heute von „Seele" spricht. In der Moderne und in der Gegenwart sind neue Persönlichkeitsideale entstanden, mit denen sich „eine neue Architektur der psychischen Arbeit und der Identitäts-Konstruktion" verbindet: „Die Subjekte werden zu Moderatoren ihres biologischen Schicksals" (Rittner, 1991, S. 514 f.) und tragen für ihre Lebensführung und Lebensgestaltung eigene Verantwortung. Als Symbol für die Identität und für die Individuation, für das Sich-selbst-Finden und das Ich-Werden eines Menschen lässt sich das Wort „Seele" nutzen.

Gegenüber der Antike, dem Mittelalter oder der frühen Neuzeit hat sich der Wortsinn damit tiefgreifend verändert. Geistesgeschichtlich überlieferte Seelenspekulationen sind verlassen und überschritten worden – etwa die im Aristotelismus verankerte Idee, die Seele sei eine dem Menschen ein- und vorgegebene „Entelechie",

eine eigene geistige Wesenheit oder Substanz. Die ursprünglich aristotelische Vorstellung, der zufolge die Seele dem Menschen von Natur aus eingegeben werde, wurde später religiös aufgegriffen und abgewandelt. Demgemäß galt nicht die Natur, sondern Gott als das vorgeordnete Sein, das dem Menschen die Geistseele einhauche oder einstifte. Als religiöse Glaubensaussage spielt diese Sicht sogar bis heute eine Rolle. Sie wird z. B. vom Lehramt der römisch-katholischen Kirche vertreten (vgl. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 74, 1987, S. 9, S. 12; Knoepffler, 2012, S. 18 ff.). Jedoch bleibt sie vormodern und ist unplausibel geworden, weil sie das Phänomen der Seele nicht von der Individualität, von der persönlichen Biografie bzw. von der Subjektstellung der einzelnen Menschen her denkt.

3.3 Heutige Profilierung: Befähigung zur verantwortlichen Lebensgestaltung

In unserem Zusammenhang lautet die entscheidende Frage: Wie lassen sich die Begriffe „Gesundheit“ und „Seele“ im heutigen Horizont miteinander verknüpfen und wie lässt sich gegenwartsbezogen das Leitbild seelischer oder psychischer Gesundheit genauer erläutern? Um die Frage zu beantworten, soll hier auf zwei Repräsentanten der Gegenwartsphilosophie Bezug genommen werden: auf den aus Indien stammenden Philosophen und Wirtschaftsnobelpreisträger Amartya Sen und die in den USA lehrende Philosophin Martha Nussbaum, die in ihren Schriften wechselseitig aufeinander Bezug nehmen. Der Begriff der Seele als solcher spielt für beide allerdings keine weitere Rolle. Vielmehr rückten sie die Idee der menschlichen „Fähigkeiten“ oder „Befähigungen“ (engl.: capabilities) in den Vordergrund. Martha Nussbaum legte eine Liste von „Grundfähigkeiten“ vor, die zum Ausdruck bringen soll, welche Merkmale der individuellen Lebensführung in der Gegenwart – unter heutigen geschichtlichen, sozialen, kulturellen und globalen Bedingungen – besonders bedeutsam sind. Unter anderem nannte sie die „Fähigkeit, eine Vorstellung des Guten zu entwickeln und kritische Überlegungen zur eigenen Lebensplanung anzustellen“ (Nussbaum, 1999, S. 200). Sodann zählte sie Fähigkeiten auf, die die sexuelle, berufliche oder religiös-weltanschauliche Sinnerfüllung der menschlichen Existenz betreffen, und betonte schließlich etwa die „Fähigkeit, seine Sinne und seine Phantasie zu gebrauchen, zu denken und zu urteilen“ oder „mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen zu verstehen“ (Nussbaum, 1999, S. 200 f.).

Nun haben Nussbaum und Sen ihr Denkmodell selbst als „aristotelisch“ bezeichnet. Sie knüpften auch durchaus an Aristoteles an, etwa an seinen Gedanken, dass dem menschlichen Leben ein tiefes „Streben“ eigen sei, oder auf seine Leitideen des Glücks (griech.: eudaimonia) und des „guten Lebens“. Aber sie entkleideten seine Vorstellungen von ihrer früheren metaphysischen Einrahmung und ihrer spekulativen Begründung. Stattdessen ist ihr Denkansatz einem „allgemeinen (und offenen) Bild vom menschlichen Leben“ (Nussbaum, 1999, S. 251) verpflichtet. Entscheidend ist, dass die einzelnen Menschen aus ihren jeweiligen subjektiven Perspektiven heraus den „Möglichkeitsspielraum ihrer Handlungsfreiheit“ ausschöpfen, ihr „Wohlergehen“ reflektieren können und „imstande sein“ sollen, „ein für sie gutes menschliches Leben in ihrem sozialen Kontext auszuwählen und zu führen“ (Sturma, 2000, S. 280, S. 282). So betrachtet entfalteten sie mit ihrem Denkmodell, das menschliche „Fähigkeiten“ betont, ein Leitbild, von dem man sagen kann: Hier geht es der Sache nach um seelische Gesundheit.

Alltagsweltlich geraten das Gelingen des Lebens und die psychische Gesundheit heutzutage jedoch vielfältig unter Druck. Die Ursache können physische Erkrankungen und somatische Belastungen sein, etwa eine Diabeteserkrankung, aus der unter Umständen Depressionen resultieren (vgl. Kulzer et al., 2018). Die körperlich erkrankte Person ist dann auch psychisch subjektiv beeinträchtigt; und es liegt neben der somatischen eine objektiv diagnostizierte psychische Krankheit vor. Oder es sind externe Faktoren, z. B. die Umstände der Berufsarbeit, Stress und Arbeitsverdichtung oder mobiles Arbeiten, die sich negativ auf das psychische Wohlergehen auswirken. Psychische Belastungen werden aktuell definiert als „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (DIN EN ISO 10075-1 (1a)). Der Sachverhalt, dass psychische Belastungen das Wohlergehen und die Gesundheit von Menschen einschränken, ist heute zu einem gravierenden sozialen und gesellschaftspolitischen Problem geworden. Daher ist es zwingend geboten, die Problematik auch vonseiten der staatlichen Rechtsordnung aufzuarbeiten.

3.4 Gesundheitsschutz als Grundrecht und die Bedeutung psychischer Gesundheit für die persönliche Lebensführung

Ethisch und rechtlich ist „Gesundheit" prinzipiell als ein elementares oder als ein fundamentales Gut des Menschseins zu begreifen, das für die Einzelne bzw. den Einzelnen die Voraussetzung dafür bildet, das eigene Leben möglichst weitgehend selbstbestimmt gestalten sowie persönliche Werte, Lebensziele und soziokulturelle Aktivitäten verwirklichen zu können (vgl. ausführlicher Kreß, 2012, S. 220). Aufgrund des hohen Stellenwerts der Gesundheit haben internationale Konventionen und Menschenrechtserklärungen die Konsequenz gezogen, den Anspruch jeder Person auf den Schutz ihrer Gesundheit und auf gesundheitliche Versorgung als Menschenrecht anzuerkennen. Einschlägig sind Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 (UN-Sozialpakt), Artikel 12 der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 und Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2006. Darüber hinaus hat die im Jahr 2000 kodifizierte Charta der Grundrechte der Europäischen Union unter ihrem Titel IV („Solidarität") in Artikel 35 die Politik dazu verpflichtet, „ein hohes Gesundheitsschutzniveau" (Amtsblatt der Europäischen Union, 2010, C 83/S. 398) sicherzustellen. Begrifflich prägnant hieß es bereits im Jahr 1966 im UN-Sozialpakt, dass die Vertragsstaaten, zu denen die Bundesrepublik Deutschland gehört, „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit" (UN-Sozialpakt, 1966, Art. 12) zu achten haben.

Die letzte Formulierung ist von Interesse, weil sie kein utopisches Gesundheitsideal propagiert. Indem sie vielmehr vom individuell erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit spricht, lenkt sie die Aufmerksamkeit darauf, dass Menschen einen Anspruch auf den Schutz ihrer Gesundheit und auf Anerkennung sowie Förderung ihrer gesundheitlichen Anliegen im Rahmen ihrer Lebensumstände und im Horizont ihrer persönlichen Biografie besitzen. Auf diese Weise gelangen z. B. auch Kinder, chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen oder Patientinnen und Patienten, die von schwerer Krankheit belastet sind oder dem Sterben entgegengehen, in ihrer jeweiligen Lebenslage in den Blick. Indem der Sozialpakt neben der körperlichen die „geistige Gesundheit" nennt, erfasst er gleichfalls die Dimension der psychischen Gesundheit.

Der Sache nach wäre es sinnvoll, in der Bundesrepublik das Recht jedes Menschen auf den Schutz seiner Gesundheit in den Grundrechtsteil des Grundgesetzes aufzunehmen. Einen entsprechenden Vorschlag hat im Jahr 2010 die beim Justizministerium des Landes Rheinland-Pfalz angesiedelte Bioethik-Kommission vorgelegt (vgl. Bioethik-Kommission, 2010, S. 105). Sie knüpfte an Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes an, dem zufolge jeder „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit" hat. Die Kommission schlug vor, das Wort „Gesundheit" zu ergänzen („Leben, körperliche Unversehrtheit und Gesundheit"), denn sie hielt es für eine Engführung, im Grundgesetz allein das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit namentlich als Grundrechte zu erwähnen. Zwar lässt sich aus diesen beiden Begriffen durchaus ableiten, dass ebenfalls die Gesundheit ein Schutzgut darstellt. Eine solche Subsumtion wird inzwischen häufig vorgenommen, auch vom Bundesverfassungsgericht. Jedoch fällt es schwer, namentlich die seelische, psychische oder – mit dem UN-Sozialpakt gesagt – die geistige Gesundheit unter diese Begriffe zu fassen – so die Argumentation der Bioethik-Kommission (vgl. hierzu auch Kreß, 2012, S. 220 ff.).

Die Mainzer Kommission begründete ihren Vorstoß, den Gesundheitsschutz im Grundgesetz explizit unter den Grundrechten aufzuführen, daher u. a. mit dem Argument, dass Gesundheit im heutigen Horizont umfassend auszulegen sei und die psychische Gesundheit nicht ausgeblendet werden dürfe. Zugleich betonte sie, dass in Medizin und Medizinethik heutzutage ein Paradigmenwechsel stattgefunden habe, dem folgend das Gesundheitswesen nicht nur nachsorgend, sondern auch präventiv Angebote für das Wohl und die Gesundheit der Menschen bereitstellen solle. Diese präventive Dimension ist insbesondere für die psychische Gesundheit relevant (vgl. Bioethik-Kommission, 2010, S. 105 ff.) und hat z. B. in die Theorie sozialer Arbeit Eingang gefunden. In einer neueren Publikation heißt es: „Gemeinsam ist der Gesundheitsförderung wie der Sozialen Arbeit die Prävention" (Homfeldt, 2012, S. 496). Diese Leitidee wird mit dem schon aus den 1980er-Jahren stammenden Satz erläutert: „Jugendarbeit, Familienarbeit, Betriebssozialarbeit, Ausländerarbeit, Altenarbeit usw. beinhalten immer auch präventive Arbeit im Sinn der Verminderung von Krankheit, entstanden aus sozialer und psychischer Benachteiligung und Belastung" (zit. n. Homfeldt, 2012, S. 496).

Im Folgenden wird zusätzlich zu dieser rechts- und sozialethischen Perspektive noch ein weiterer Aspekt beleuchtet, der anthropologisch und individualethisch relevant ist. Die psychische Gesundheit betrifft das Selbstverhältnis der Menschen, kon-

kret ihren Umgang mit eigenen Krankheiten oder mit gesundheitlichen Einschränkungen. Exemplarisch soll nachfolgend der Stellenwert psychischer Gesundheit angesichts chronischer Erkrankungen (Kap. 3.4.1), in Anbetracht eines unerfüllten Kinderwunsches (Kap. 3.4.2) sowie für die Bewältigung des Sterbeprozesses (Kap. 3.4.3) angesprochen werden.

3.4.1 Seelische Gesundheit in Anbetracht chronischer Krankheit

Chronische Krankheiten bilden für die Betroffenen physisch und psychisch eine schwere biografische Hypothek. Eine prominente Person, die zeit ihres Lebens unter chronischer Krankheit zu leiden hatte, war der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers (1883–1969). Auf theoretischer Ebene setzte er sich viele Jahrzehnte lang damit auseinander, dass und wie Menschen auf Widerfahrnisse und Schicksalsschläge reagieren können, die sie im Kern ihrer Existenz treffen oder die – traditionell gesagt – die „Seele" als dasjenige Phänomen berühren, das ihre individuelle Identität symbolisiert. Jaspers prägte den Begriff der „Grenzsituation". Dabei dachte er an Konstellationen und Erfahrungen des Menschseins, die letztlich „unausweichlich" seien und den Einzelnen tief „erschüttern". Zu ihnen gehören Schuld, Leiden, Zufall, Tod und insofern dann gleichfalls Krankheit und Sterben. Solche Grenzsituationen wurden von Jaspers als Grundsituationen bezeichnet (vgl. z. B. Jaspers, 1962, S. 318 f.). Grundsituationen setzen dem Menschen Grenzen und fordern ihn zugleich zur Grenzüberschreitung, zu einem Sich-selbst-Überschreiten und in diesem Sinn zur Transzendenz heraus. Der Einzelne steht vor der Herausforderung und Chance, die Grundlagen seiner Existenz zu reflektieren, für sich selbst einen angemessenen Deutungsansatz, eine „Existenzerhellung" zu erlangen und seinen Charakter fortzubilden. Dabei ist der Vernunftgebrauch im Sinn eines „philosophischen Glaubens" gefragt.

Jaspers war selbst chronisch krank. Im Jahr 1901 wurden bei ihm Bronchiektasen der Lunge und eine sekundäre Herzinsuffizienz diagnostiziert, die für sein gesamtes Leben den Verzicht auf physische Anstrengung, die Notwendigkeit, sich zurückzuziehen, Erschöpfung, physische Schmerzen und seelisches Leiden nach sich zogen. Frühzeitig machte er sich durch die Lektüre medizinischer Schriften dahingehend kundig, dass er nicht älter als 30 bis maximal 40 Lebensjahre werden könne. In seinem spät verfassten „Selbstporträt" heißt es, in der Retrospektive sei er „erstaunt. Wie war es möglich, daß ein kranker Mann, der ausgeschlossen war von der nor-

malen Geselligkeit und der normalen Öffentlichkeit, überhaupt diesen Weg gehen konnte“ (Jaspers, 1976, S. 21), der ihn schließlich zum Universitätsprofessor und zum herausragenden Vordenker der Psychiatrie und Philosophie werden ließ? „Meine erste Antwort: Ich war hartnäckig, nutzte jede frische Stunde, die mir vergönnt war“; er sei „nie ohne Hoffnung“ gewesen und habe – unter Anspielung auf „Tyche“, die Schicksalsgöttin der griechischen Mythologie – die „Tyche des Augenblicks“ genutzt (Jaspers, 1976, S. 21). Er schilderte, wie wichtig für die innere, seelische Bewältigung seiner Krankheit die mitmenschliche Einbindung war, die ihm seit 1907 seine spätere Frau Gertrud vermittelte. Außerdem verhalf ihm sein Arzt Albert Fraenkel, der ihm im Jahr 1901 die Krankheitsdiagnose gestellt hatte, zu einer tragfähigen Lebenseinstellung: „Er lehrte mich, gesund zu sein, wenn man krank ist“ (Jaspers, zit. n. Gadebusch Bondio/Herrmann, 2019, S. 197).

Am Lebensweg, an den Selbstreflexionen und an der philosophischen Konzeption Jaspers‘ lässt sich ablesen, wie sehr es auf seelische Gesundheit ankommt, um schwerwiegende oder chronische Krankheiten innerlich und gegenüber Dritten nach außen hin zu bewältigen. Heutzutage ist zu chronischer Krankheit festzuhalten: „Chronisch Kranke sind mit ihren Symptomen, z. B. mit Schmerzen, Erschöpfung oder Atemnot, konfrontiert. Gleichzeitig wissen sie um ihre Krankheit. Symptome und Wissen zwingen zu einem Umgang, der ihren Zustand positiv oder negativ beeinflussen kann“ (Engelhardt, 2011, S. 97). Psychische Gesundheit bzw. seelische Stabilität kann sich hilfreich auf das „coping“, auf das „Zurechtkommen“ mit dem Wissen um die Krankheit und mit ihrer Realität auswirken. Dabei ist die psychische oder seelische Gesundheit relativ, relational sowie prozessual zu denken. Im gelingenden Fall löst eine Krankheitsdiagnose eine „Prozessdynamik“ in Richtung auf psychische Stabilisierung aus (vgl. Kick, 2015, S. 25). Anknüpfend an Jaspers ist zu sagen, dass zu dieser Stabilisierung je nach der Disposition der betroffenen Person Bildungsprozesse, die Wahrnehmung von Kunst, die Rezeption oder auch die kritische Überwindung religiöser Traditionen und insbesondere die Begleitung durch Ärzte und weitere Personen beitragen können (zur Rolle von Angehörigen vgl. Wilz/Meichsner, 2012).

Zwischenbemerkung zu Philosophie und Religion

Zur philosophischen Charakterisierung ist anzumerken, dass der von Jaspers entfaltete Ansatz, „gesund zu sein, wenn man krank ist“, bzw. die sich darauf stützende Beschreibung psychischer Gesundheit geprägt ist von der Philosophie Kants und ih-

rem Leitbegriff der Autonomie sowie von der modernen Lebensphilosophie im Anschluss an Nietzsche. Es handelt sich somit um kein neoaristotelisches Denkmodell. Letzteres ist – wie oben wiedergegeben – bei Amartya Sen und Martha Nussbaum zu finden. Gleichzeitig ist zu sagen, dass Jaspers eine postreligiöse Position vorgetragen hat. In dieser Hinsicht ist sein Ansatz mit Sen und Nussbaum vergleichbar. Zwar arbeitete er religiöse Traditionen und Glaubensaussagen inhaltlich auf. In der Sache konzentrierte er sich aber auf den „philosophischen Glauben“, auf ein philosophisches Wahrheitsideal und auf eine Deutung von Wahrheit als gedanklicher „Bewegung“ (Jaspers, 1958, S. 454). Er argumentierte mithin vor dem Hintergrund moderner Säkularisierung und im Horizont eines neuzeitlich aufgeklärten philosophischen Existenz- und Vernunftgedankens.

Dennoch schließen die von ihm vorgetragenen Gesichtspunkte es nicht aus, dass einzelne Menschen aus ihren religiösen Traditionen heraus und durch die Einbindung in ihren religiösen Kontext zu einer psychischen Gesundheit finden können, die ihnen subjektiv das Ertragen einer Krankheit und die Gestaltung persönlicher Lebensperspektiven ermöglicht. Grundsätzlich sind bei der Korrelation von Religion und psychischer Gesundheit heute zwei Pole zu berücksichtigen: Einerseits können religiöse Bindungen eine stabilisierende Funktion haben. Andererseits besteht jedoch die Gefahr von Verunsicherungen und Gefährdungen durch Religion, z. B. weil noch heute „die Vorstellung eines strafenden Gottes (…) einen Risikofaktor für die psychische Gesundheit“ von Menschen darstellt (Hoffmann, 2019, S. 256; vgl. Bonelli, 2016).

3.4.2 Psychisches Leiden im Kontext der Fortpflanzungsmedizin

Unter den chronischen Erkrankungen, die in Kap. 3.4.1 angesprochen wurden, hatten Menschen schon in der Vergangenheit zu leiden. Zurzeit treten solche Krankheiten aufgrund des Fortschritts medizinischer Lebenserhaltung und -verlängerung nochmals vermehrt auf. Medizin- und kulturgeschichtlich ist es indessen z. B. völlig neu, dass Menschen sich fortpflanzen und zu genetisch eigenen Kindern gelangen können, obwohl sie hierzu „natürlich“ nicht in der Lage wären, insbesondere weil bei ihnen Sterilitäts- oder Subfertilitätsprobleme vorliegen. Erstmals wurde im Jahr 1978 in England ein Kind geboren, nachdem zwecks Sterilitätstherapie Samen- und Eizelle außerhalb des Mutterleibs zusammengeführt worden waren. Seitdem ist die Reproduktionsmedizin zur Routine geworden. Dies ist auch in der Bundesrepublik

Deutschland der Fall. Im Jahr 2016 erfolgten in Deutschland ca. 3 % aller Geburten (20.754 Kinder) nach einer reproduktionsmedizinisch durchgeführten außerkörperlichen Befruchtung – und dies, obwohl die hiesige Gesetzgebung zur Fortpflanzungsmedizin im Rechts- und Staatenvergleich besonders restriktiv und darüber hinaus widersprüchlich und unschlüssig ist (vgl. Leopoldina, 2019).

Die ethischen und rechtlichen Debatten, die in den zurückliegenden Jahrzehnten zur Reproduktionsmedizin geführt wurden, können hier auf sich beruhen bleiben. An dieser Stelle interessiert mit Blick auf Frauen und auf Paare, bei denen Sterilitätsprobleme oder sonstige medizinische oder soziale Hindernisse für die Erfüllung eines Kinderwunsches vorliegen, vielmehr eine spezielle Frage: Welche Zusammenhänge sind zwischen seelischer Gesundheit, seelischem Leiden und der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschtherapie zu sehen?

Was die medizinische und rechtliche Einordnung von ungewollter Kinderlosigkeit anbelangt, ist zu sagen, dass teilweise der Status einer physischen Krankheit anerkannt wird. Dies kann auch dafür relevant sein, ob und in welchem Umfang die Kosten für eine Kinderwunschbehandlung von Krankenkassen erstattet werden. Häufig wird allerdings argumentiert, der Begriff „Krankheit" treffe in diesem engen Sinn nicht zu. Der ungewollten Kinderlosigkeit komme indessen ein Krankheitswert zu, weil sie psychisches Leiden verursache bzw. eine Belastung für die seelische Gesundheit darstelle. Der letzteren Einschätzung ist auf jeden Fall zuzustimmen. Für sie spricht, dass der Fortpflanzungswunsch herkömmlich als ein Grundphänomen der menschlichen Existenz gilt. Philosophiegeschichtlich wurde er den „naturales inclinationes", den „natürlichen Strebungen" des Menschen zugerechnet; anders ausgedrückt: Er stellt ein Existential, ein Wesensmerkmal menschlichen Lebens dar (vgl. Kreß, 2009, S. 186). Daher ist es evident, dass ungewollte Kinderlosigkeit psychisches Leiden auszulösen vermag. Schon allein aus diesem Grund ist die extrakorporale Erzeugung von Kindern, die die Fortpflanzungsmedizin zur Erfüllung eines Kinderwunsches durchführt, ethisch und rechtlich legitim. Völlig unhaltbar ist es, sie moralisch schroff zu verurteilen, so wie die römisch-katholische Kirche dies lehramtlich autoritativ vorgetragen hat (vgl. Knoepffler, 2012). Dennoch sind mit Blick auf die psychische Gesundheit von Personen, die ungewollt kinderlos sind und eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung in Betracht ziehen, Abwägungs- und Anschlussfragen zu erörtern. Sie betreffen die Vertretbarkeit und die Verhältnismäßigkeit ganz bestimmter reproduktionsmedizinischer Interventionen.

Reproduktionsmedizinische Behandlungen sind technisch anspruchsvoll, ggf. auch kostenintensiv, und bewirken darüber hinaus gesundheitliche Lasten. Eine Frau, die als sterilitätstherapeutische Maßnahme einen Embryo außerkörperlich erzeugen lassen möchte, muss eine hormonelle Stimulation auf sich nehmen, damit ihr eine hinreichende Zahl befruchtungsfähiger Eizellen entnommen werden kann. Sofern sie auf der Basis einer wohlinformierten Einwilligung (informed consent) eine solche physische und auch psychische Belastung akzeptiert, sind ethisch und rechtlich keinerlei Einwände zu erheben. Zu einigen Fallkonstellationen sind jedoch kritische Rückfragen geltend zu machen. Sie ergeben sich, weil sich reproduktionsmedizinische Behandlungen auf Dritte auswirken. Hierbei ist zunächst an das erhoffte Kind zu denken, das sich selbst naturgemäß noch nicht äußern kann. Unter Umständen ist von Vornherein absehbar, dass eine reproduktionsmedizinische Maßnahme für das Kind ein signifikant erhöhtes Risiko physischer oder psychosozialer Schädigung nach sich ziehen wird. Dann ist kritisch zu prüfen, ob die Behandlung verhältnismäßig bleibt. Das psychische Leiden, auf das sich eine Frau oder ein Paar mit Kinderwunsch berufen kann, rechtfertigt nicht jedes Risiko, unter dem ein Kind nach seiner Geburt absehbar zu leiden hätte.

Eine derartige Angemessenheits- oder Verhältnismäßigkeitsprüfung ist besonders zu manchen neueren Anwendungen der Fortpflanzungsmedizin geboten, z. B. zum sog. social freezing. In diesem Fall lässt sich eine Frau Eizellen entnehmen – unter Umständen erst im fünften Lebensjahrzehnt –, um sie einfrieren und nochmals später befruchten zu lassen. Sofern im sechsten Lebensjahrzehnt oder gar noch später eine Schwangerschaft stattfindet, handelt es sich auf jeden Fall um eine Risikoschwangerschaft mit möglicherweise erheblichen Folgeschäden für das Kind, sofern es überhaupt zu einer Geburt kommen sollte. Deshalb ist es sogar in Israel mit seinen besonders liberalen Regulierungen zur Fortpflanzungsmedizin untersagt worden, dass nach einer Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen über 55-Jährige ein Kind zur Welt bringen dürfen (vgl. Kreß, 2018a, S. 17).

Die Frage, ob bei einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung die Verhältnismäßigkeit gewahrt bleibt, stellt sich ebenfalls angesichts anonymer Samen- oder Eizellspenden (Problem der Beeinträchtigung des Kindeswohls, da das Kind später keine Informationen über seine genetische Herkunft erhalten kann), bei kommerzieller Leihmutterschaft (Ausnutzen der sozialen oder finanziellen Notlage von Frauen in Schwellen- oder Entwicklungsländern) oder bei der Inanspruchnahme einer Ute-

russpende (hohe Risiken für ein Kind, das in einem gespendeten Uterus unter Immunsuppressiva ausgetragen wird; physische und psychische Negativfolgen für die Spenderin bei einer Uteruslebendspende) (zur Übersicht vgl. z. B. Bernard, 2014; Kreß, 2018b, S. 278–285). Gegebenenfalls ist zu bedenken, ob ein sog. überwertiger Kinderwunsch vorliegt (vgl. Strauß, 2018, S. 195) oder ob ein Kinderwunsch sich biografisch und psychisch verselbständigt hat. Auch vor diesem Hintergrund rechtfertigt das psychische Leiden einer Frau, die sich ein Kind wünscht, keine reproduktionsmedizinischen Behandlungen, sofern diese für das erhoffte Kind zu risikoträchtig sind oder sonstigen Personen Schaden zufügen.

Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin ist der Aspekt der seelischen Gesundheit – anders gelagert – noch in weiterer Hinsicht zu beachten. Es ist nicht zu erwarten, dass eine reproduktionsmedizinische Therapie auf jeden Fall erfolgreich verläuft und dass tatsächlich ein Kind geboren wird. Bei der routinemäßig durchgeführten Sterilitätstherapie ist die Erfolgsquote bei ca. 20–30 % anzusetzen. Erfolglos verlaufende Behandlungen können zu großer Enttäuschung, subjektiven Beeinträchtigungen, Vorwürfen gegenüber sich selbst oder gegenüber anderen, neuen Problemen für die Paarbeziehung und Depressionen, mithin zu einer – zusätzlichen – Destabilisierung der seelischen Gesundheit sowie zu weiterem psychischem Leiden führen. Dieser Sachverhalt sollte einer Frau bzw. einem Paar mit Kinderwunsch auf jeden Fall im Vorhinein bekannt sein. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, darauf schon vor Behandlungsbeginn hinzuweisen. Überdies sollten für Personen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch die Angebote psychosozialer Beratung in der Bundesrepublik Deutschland deutlich ausgebaut werden. Im Rahmen psychosozialer Beratungsgespräche lassen sich die Fragestellungen, Belastungen und Herausforderungen erörtern, die während oder nach einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung potenziell für die psychische Gesundheit entstehen (vgl. Kentenich et al., 2018).

3.4.3 Psychische Stabilität angesichts von Krankheitsverläufen am Ende des Lebens

In den letzten Jahrzehnten haben medizinischer Fortschritt und medizinische Innovationen nicht nur den Beginn, sondern auch das Ende des menschlichen Lebens beeinflusst. Sehr viele Menschen verdanken ihnen die Rettung oder die Verlängerung ihres Lebens. Andererseits bricht oftmals Zweifel auf, ob die Verlängerung des

Lebens durch künstliche Ernährung oder Beatmung oder die Durchführung einer Chemotherapie bei schlechter Prognose und in Anbetracht stark belastender Nebenwirkungen tatsächlich sinnvoll sind. Ärzte werden in einen Entscheidungskonflikt versetzt, sofern ein an Krebs erkrankter Patient eine Chemotherapie wünscht, die medizinisch nicht mehr indiziert ist. Andererseits besteht die Gefahr, dass Ärzte aus unterschiedlichen Gründen – ökonomisch motiviert, aus Vorsicht bzw. aufgrund von Defensivmedizin oder aufgrund von mangelnder Erfahrung – Chemotherapien initiieren, obwohl diese keinen medizinischen Nutzen bringen, sondern für den Patienten zusätzliches körperliches oder seelisches Leiden erzeugen (vgl. Sineshaw et al., 2019).

Angesichts solcher Probleme ist von Belang, dass es der Bewältigung des Sterbens zugutekommt, wenn Patientinnen und Patienten sich im inneren Frieden mit sich selbst befinden. In diesem Sinne ist psychische Gesundheit oder seelische Stabilität auch in Anbetracht des Sterbens bedeutsam. Hiervon ausgehend gelangt zunehmend in den Blick, dass sich ältere oder alte Menschen auf das näher rückende Sterben einstellen und vorsorgliche Entscheidungen treffen sollten, um lebensverlängernde Behandlungen auszuschließen, die human sinnwidrig sind sowie physische Schmerzen und psychisches Leiden erzeugen. Einen konkreten Ansatz bietet die Konzeption des Advance Care Planning. Sie wurde in angelsächsischen Ländern entwickelt und wird nun auch in Deutschland aufgegriffen (vgl. Katzenmeier, 2015; vgl. Lipp, 2018, S. 762 f.). Ihr zufolge sollen in Pflegeeinrichtungen in Zukunft professionell ausgebildete Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter mit den dort lebenden Menschen über ihre Werte, ihre persönliche Situation, ihre Beziehungen und ihre Betreuungswünsche für den Fall von Krankheit und Sterben sprechen. Um in Pflegeeinrichtungen eine verbesserte „Sorgekultur" zu ermöglichen, sollen „die grundsätzlichen Wünsche für ein menschenwürdiges Sterben" aufgearbeitet werden (Hayek/Schlögl-Flierl, 2019, S. 11), die sich für die Betreffenden aus ihrer Biografie, ihren Werteinstellungen und ihrer individuellen oder, anders gesagt, aus ihrer seelischen Identität heraus nahelegen.

Voranstehend wurde hervorgehoben, dass seelische Gesundheit prozessual zu verstehen ist. Dies gilt gleichfalls in Anbetracht und für den Verlauf des Sterbens. Dem inneren Halt bzw. der psychischen Gesundheit eines sterbenden Menschen kommt es zugute, wenn ihm Hoffnung vermittelt wird, wobei die Art, der Inhalt und der Bezug von Hoffnung von der jeweiligen Situation abhängen und variabel sind. Es liegt ganz auf der Linie der existenzphilosophischen Gedankengänge von

Karl Jaspers, wenn die Vermittlung von Hoffnung zu einem wichtigen Anliegen der Sterbebegleitung wird: „Hoffnung kann auch ohne Aussicht auf Heilung bestehen. Ihre Bedeutung ist höchst individuell, relativ und variabel. Für Schwerkranke mit beschränkter Lebenserwartung ist Hoffnung ein hochwertiges Reservoir in der Gestaltung der Zeit, die ihnen bleibt“ (Gadebusch Bondio, 2019, S. A1273). Wichtige Faktoren für die Hoffnung können z. B. die Form und das Maß der Übermittlung medizinischer Informationen, Schmerzkontrolle, die Bewahrung der Selbstachtung von Patienten, mitmenschliche Begegnung und neben der verbalen die nonverbale Kommunikation sein.

3.5 Resümee

Seelische Gesundheit trägt dazu bei, dass Menschen in der Lage sind, authentisch, eigenständig und verantwortungsbewusst mit sich selbst und mit anderen umzugehen. Sie ist ein grundlegendes und zugleich ein fragiles Gut des Menschseins, das dem Grundrecht jedes Menschen auf den Schutz seiner Gesundheit zuzuordnen und soziokulturell zu unterstützen ist. Wie bedeutsam die seelische Gesundheit ist, zeigt sich nicht zuletzt am Verhalten der Menschen zu sich selbst, konkret etwa am Umgang mit ihrer eigenen physischen Gesundheit, mit Krankheiten oder mit sonstigen biografischen Herausforderungen. Philosophische Anknüpfungspunkte für heutige Reflexionen zur psychischen Gesundheit bietet die neoaristotelische Konzeption der Befähigungsgerechtigkeit, die Amartya Sen und Martha Nussbaum entfaltet haben, oder die Existenzphilosophie von Karl Jaspers.

Literatur

Amtsblatt der Europäischen Union (2010). *Amtsblatt C 83. Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. S. 389–403. Luxemburg: Amt für Veröffentlichung der Europäischen Union.

Bernard, A. (2014). *Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung*. Frankfurt a. M.: S. Fischer.

Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2010). *Gesundheit und Gerechtigkeit. Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen. Bericht vom 30. April 2010.* Mainz: Ministerium der Justiz.

Bonelli, R. M. (2016). *Religiosität und psychische Gesundheit – was ist wissenschaftlich belegt?* Deutsche Medizinische Wochenschrift, (141), S. 1863–1867.

Engelhardt, K. (2011). *Verlorene Patienten? Für mehr Menschlichkeit in der Medizin.* Darmstadt: primus.

Franzen, W./Georgulis, K. (1972). *Entelechie I.* In: Ritter, J. (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 2. Basel: Schwabe & Co, Sp. 506 f.

Gadebusch Bondio, M. (2019). *Das Recht auf Hoffnung im Sterben. Was am Ende zählt*. Deutsches Ärzteblatt, (116), S. A1272 f.

Gadebusch Bondio, M./Herrmann, I. F. (2019). *Von der Kunst, „gesund zu sein, wenn man krank ist". Karl Jaspers über Krankheit, über sich und im Gespräch mit Hannah Arendt*. Medizinhistorisches Journal, (54), S. 188–208.

Hayek, J. von/Schlögl-Flierl, K. (2019). *Auf das Sterben vorbereitet sein – Advance Care Planning in der Praxis am Beispiel Pflegeheim*. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.): impulse, Nr. 102, S. 10 f.

Heinz, A. (2016). *Psychische Gesundheit. Begriffe und Konzepte.* Stuttgart: W. Kohlhammer.

Höffe, O. (1996). *Aristoteles*. München: C. H. Beck.

Hoffmann, M. (2019). *Religiosität und psychische Gesundheit*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Homfeldt, H. G. (2012). *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung.* In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer, S. 489–503.

Jankrift, K. P. (2003). *Krankheit und Heilkunde im Mittelalter*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Jaspers, K. (1958). *Von der Wahrheit*. Neuausgabe, München: R. Piper & Co.

Jaspers, K. (1962). *Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung*. München: R. Piper & Co.

Jaspers, K. (1976). *Ein Selbstporträt*. In: Jaspers. K. (Hrsg.): Was ist Philosophie? München: R. Piper & Co, S. 7–29.

Katzenmeier, Chr. (2015). *Advance Care Planning. Enormer Beratungsbedarf*. Deutsches Ärzteblatt, (112), S. A1562.

Kentenich, H./Thorn, P./Wischmann, T. (2018). *Medizinische und psychosoziale Aspekte der Beratung*. Der Gynäkologe, (51), S. 647–652.

Kick, H. A. (2015). *Grenzsituationen, Krisen, kreative Bewältigung. Prozessdynamische Perspektiven nach Karl Jaspers*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Kluxen, W. (1998). *Philosophische Ethik bei Thomas von Aquin*. 3. Auflage, Hamburg: Felix Meiner.

Labisch, A. (1992). *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a. M.: Campus.

Knoepffler, N. (2012). *Der Beginn der menschlichen Person und bioethische Konfliktfälle. Anfragen an das Lehramt.* Freiburg i. Br.: Herder.

Kreß, H. (2018a). *Religiöse und ethische Vorbehalte gegen die Reproduktionsmedizin.* Gynäkologische Endokrinologie, (16), S. 16–21.

Kreß, H. (2018b). *Staat und Person. Politische Ethik im Umbruch des modernen Staates*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kreß, H. (2012). *Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik.* Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kreß, H. (2009). *Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrecht – heutige Wertkonflikte.* 2. vollst. überarb. u. erw. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kulzer, B. et al. (2018). *Psychosoziales und Diabetes*. Diabetologie, (13), Suppl. 2, S. S268–S284.

Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften/Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2019). *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung*. Halle: Selbstverlag.

Lipp, V. (2018). *Der rechtliche Rahmen der Hospiz- und Palliativmedizin*. Medizinrecht, (36), S. 754–764.

Nussbaum, M. (1999). *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Porter, R. (2000). *Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute.* Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Riedlinger, H. (1974). *Geistseele, Vernunftseele*. In: Ritter, J. (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 3. Basel: Schwabe & Co, Sp. 218.

Rittner, V. (1991). *Psychosomatik und Zivilisierung.* In: Jüttemann, G./Sonntag, M./Wulf, Chr. (Hrsg.): Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 512–527.

Simmel, G. (1918). *Lebensanschauung*. Berlin: Duncker & Humblot.

Sineshaw, H. M. et al. (2019). *Treatment Patterns Among De Novo Metastatic Cancer Patients Who Died Within 1 Month of Diagnosis*. JNCI Cancer Spectrum, 3 (2), doi.org/10.1093/jncics/pkz021.

Strauß, B. (2018). *Psychosoziale Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit*. In: Schramm, E./Wermke, M. (Hrsg.): Leihmutterschaft und Familie. Springer: Berlin, S. 191–207.

Sturma, D. (2000). *Universalismus und Neoaristotelismus. Amartya Sen und Martha C. Nussbaum über Ethik und soziale Gerechtigkeit*. In: Kersting, W. (Hrsg.): Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, S. 257–292.

UN-Sozialpakt (1966). *Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte*. Vom 16.12.1966. Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, 428.

Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 74 (1987). *Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung*. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz: Bonn.

Vonessen, F. (1973). *Gesund, Gesundheit.* In: Ritter, J. (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 3. Basel: Schwabe & Co, Sp. 559–561.

Wilz, G./Meichsner, F. (2012). *Einbezug von Familienangehörigen chronisch Kranker in die Arzt-Patient-Kommunikation.* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, (55), S. 1125–1131.

II
Zielgruppenspezifische Interventionen

4 Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Folgen von Bullying – ein internationaler Überblick

ANETT WOLGAST; MATTHIAS DONAT

Schikanieren (Bullying) unter Kindern und Jugendlichen ist ein bedeutendes gesellschaftliches Problem weltweit. Vorangegangene Forschung zeigte, dass Erfahrungen im Bullying mit Risikoverhalten (z. B. Rauchen) und Internalisierungsproblemen (z. B. depressive Verstimmung) zusammenhängen. Täter- oder Opfererfahrungen im Bullying gingen nicht nur mit Risikoverhalten und Internalisierung von Problemen einher, sondern auch mit sozialen Prozessen wie Kommunikation und Unterstützung durch Gleichaltrige. Das Auftreten und der Verlauf von Bullying-Prozessen werden sowohl von individuellen Faktoren als auch von sozialen Prozessen beeinflusst. Für eine wirksame Prävention oder Reduktion von Bullying-Prozessen ist das Verständnis der Ursachen erforderlich. In diesem Beitrag wird ein Erklärungsmodell über das Zusammenwirken individueller und sozialer Faktoren zusammengefasst für ein Verständnis der kurz-, mittel- und langfristigen Folgen, die anhand von Forschungsergebnissen erläutert werden. Zudem werden mehrfach erfolgreich evaluierte präventive Interventionsansätze gegen Bullying-Prozesse vorgestellt.

4.1 Bullying-Prozesse

Bullying wird definiert als verbale, relationale oder physische Aggression mit der Absicht, mindestens einer anderen heranwachsenden Person in der Schule wiederholt Schaden zuzufügen (vgl. Olweus, 1978). Es ist gekennzeichnet durch die Nutzung von Macht und Stärke, die der Bullying-Täter oder die Täterin gegenüber dem schikanierten Schüler oder der Schülerin zeigt (vgl. Olweus, 1993, für eine Übersicht). Aus der Perspektive der justiz- und gerechtigkeitspsychologischen Forschung stellt Bullying eine Form ungerechten Verhaltens dar, weil es die Persönlichkeitsrechte von schikanierten Kindern und Jugendlichen verletzt, die unter den Folgen eines solchen Verhaltens unverdient leiden.

Bullying unter Jugendlichen ist ein internationales Problem, das in Ländern verschiedener Kulturen auftritt (vgl. Smith, 2014, für eine Übersicht). Zum Beispiel er-

gab die PISA-Studie (vgl. OECD, 2017) im Jahr 2015, dass durchschnittlich 9 % von etwa 540.000 Teilnehmenden aus 72 Ländern über Erfahrung als Bullying-Opfer verfügten. Rund 48.060 Schülerinnen und Schüler gaben an, in der Schule wiederholt von anderen geschädigt worden zu sein.

Die ersten landesübergreifenden Studien (für eine Übersicht vgl. Olweus, 1993) in Norwegen und Schweden zeigten, dass Bullying-Prozesse im schulischen Umfeld weit verbreitet waren. Diese Ergebnisse wurden in vielen anderen Ländern in Europa (vgl. z. B. Smith et al., 1999) und weltweit repliziert (vgl. z. B. Due/Holstein, 2008). Die Prävalenzraten in den internationalen Studien zeigten, dass eine hohe Anzahl von Schülerinnen und Schülern an Bullying-Prozessen beteiligt war.

Langzeitstudien von Haltigan und Vaillancourt (2014) sowie von Barker et al. (2008) untersuchten die Beteiligung an Bullying-Prozessen von 10-Jährigen in der fünften Jahrgangsstufe, bis diese in der achten Jahrgangsstufe waren (Studie 1), und von 13- bis 16-Jährigen (Studie 2) im zeitlichen Verlauf und gelangten zu ähnlichen Ergebnissen. Die meisten Schülerinnen und Schüler (73 % in Studie 1, 75 % in Studie 2) berichteten im Untersuchungszeitraum über ein geringes Ausmaß an Bullying-Beteiligung (unbeteiligte bis gering beteiligte Kinder und Jugendliche), und 11 % (beide Studien) wiesen ein Ergebnismuster auf, das sie als Bullying-Täter oder Täterin identifizierte. Weitere 10 % (Studie 1) und 3 % (Studie 2) der Schülerinnen und Schüler berichteten Opfererfahrung. Allerdings zeigten 6 % (Studie 1) und 3 % (Studie 2) der Schülerinnen und Schüler ein Muster abnehmender Opfererfahrungen und zunehmender Erfahrungen als Bullying-Täter oder Täterin (Opfer sind mit der Zeit öfter in der Täterrolle). Diese Entwicklung war wahrscheinlicher als abnehmende Erfahrungen als Bullying-Täter oder Täterin und zunehmende Opfererfahrungen (Täter sind mit der Zeit öfter in der Opferrolle) (vgl. Barker et al., 2008). Das Ergebnis legt nahe, dass Bullying-Opfer mit höherer Wahrscheinlichkeit in die Täterrolle wechseln als Täter oder Täterinnen in die Opferrolle. Die damit verbundenen Ursache-Wirkungs-Beziehungen werden kontrovers diskutiert. Beispielsweise könnten Opfer Verteidigungs- und Abwehrstrategien lernen, die sie zusammen mit einem Angriff einsetzen, und damit ihre Erfahrungen mit Schikane in der Rolle als Täter oder Täterin an Bullying-Opfer weitergeben.

Bullying-Rollen

Forschende haben verschiedene Rollen identifiziert, die Kinder und Jugendliche in Bullying-Prozessen einnehmen (vgl. z. B. Huitsing/Veenstra, 2012; Salmivalli et al., 1996). Das sind die Rollen: Täterin oder Täter, Assistierende, Verstärkende, Unbeteiligte, Verteidigende des Opfers und das Opfer. Bullying-Assistierende sind Schülerinnen oder Schüler, die eine Person in der Bullying-Täterrolle direkt unterstützen, indem sie beispielsweise das Bullying-Opfer festhalten, während der Täter oder die Täterin ihn oder sie physisch angreift. Bullying-Verstärkende sind Schülerinnen oder Schüler, die der Person in der Bullying-Täterrolle positives verbales oder nonverbales Feedback geben, z. B. Lachen (vgl. Huitsing/Veenstra, 2012). Bullying-Unbeteiligte unterstützen weder die Person in der Bullying-Täterrolle, noch verteidigen sie das Bullying-Opfer. Sie versuchen, sich aus dem Bullying-Prozess herauszuhalten oder zumindest so zu tun, als würden sie ihn nicht bemerken, oder sie bemerken ihn tatsächlich nicht (vgl. Huitsing/Veenstra, 2012). Bullying-Verteidigende versuchen, dem Bullying-Opfer zu helfen, indem sie Abwehrstrategien gegen die Person in der Bullying-Täterrolle oder Bullying-Assistierende anwenden und damit oft erfolgreich sind (vgl. z. B. Jenkins et al., 2017).

4.1.1 Erklärungsansätze im sozial-ökologischen Diathese-Stress-Modell

Bullying ist ein kontextspezifisches und komplexes Phänomen zwischenmenschlicher Aggression, die viele Formen annimmt, verschiedene Funktionen erfüllt und sich in unterschiedlichen Beziehungsmustern manifestiert (vgl. Swearer/Hymel, 2015). Es tritt in sozialen Kontexten auf, in denen verschiedene Faktoren ein solches Verhalten fördern, aufrechterhalten oder unterdrücken (vgl. z. B. Olweus, 2001; Salmivalli, 2001). Für das Verständnis der Bullying-Komplexität in der Schule haben Forschende ein sozial-ökologisches Rahmenmodell vorgeschlagen (vgl. z. B. Espelage et al., 2013). Dieses baut auf der sozial-ökologischen Theorie von Bronfenbrenner (1979) auf, die die menschliche Entwicklung als eine bidirektionale Interaktion zwischen Personen und den Mehrfachsystemen, in denen sie handeln – Heim, Nachbarschaft, Schule, Gemeinschaft und Gesellschaft –, konzeptualisiert. Nach dieser Theorie ist Bullying nicht nur das Ergebnis individueller Merkmale (vgl. Swearer/Hymel, 2015), sondern wird auch durch vielfältige Beziehungen zu Gleichaltrigen,

Familienangehörigen, Lehrpersonen, Nachbarn und Interaktionen mit gesellschaftlichen Veränderungen (z. B. virtuelle Umgebungen, künstlich intelligente Systeme) beeinflusst.

Ein Diathese-Stress-Modell ist eine Theorie darüber, wie die biologische Veranlagung oder psychische Disposition einer Person in Interaktion mit den Stressfaktoren in ihrer Umgebung zur Entwicklung von persönlichen Problemen oder einer Störung beitragen (vgl. z. B. https://dictionary.apa.org/diathesis-stress-model, 09.09.2019). Die Stressoren, insbesondere chronische Stresszustände wie Bullying-Opfererfahrungen, können die Entwicklung von Risikoverhalten sowie psychischen und physischen Störungen auslösen (vgl. Abb. 4.1; vgl. z. B. Swearer/Hymel, 2015). So können sich trotz ähnlicher Ausgangslagen (z. B. hoher Wohlstand der Eltern) unterschiedliche Entwicklungsausgänge bei Kindern und Jugendlichen zeigen (Prinzip der Multifinalität). Verschiedene Ausgangslagen können jedoch auch mit ähnlichen Entwicklungsprozessen einhergehen (Prinzip der Äquifinalität). Angesichts der Multidirektionalität des sozial-ökologischen Modells und der Prinzipien der Äquifinalität und Multifinalität (vgl. Cicchetti/Rogosch, 1996) ist es wahrscheinlich, dass der Kontext das Ausmaß beeinflusst, in dem diese individuellen Faktoren als Antezedenzien, beitragende Faktoren oder Folgen der Bullying-Beteiligung fungieren. Jugendliche, die für Bullying-Verhaltensweisen „belohnt" werden (z. B. durch erhöhten Status oder Popularität), weiterhin Bullying betreiben und aggressives Verhalten zeigen (in sozialen Kontexten, bedingt durch Stress), können schließlich Kriterien für die Diagnose einer Verhaltensstörung erfüllen. Dabei ist jedoch anzunehmen, dass die Disposition (Diathese) für die Verhaltensstörung vor den manifestierten Bullying-Verhaltensweisen vorhanden war. Mit dieser Argumentation integrieren Swearer und Hymel (2015) die angenommenen sozial-ökologischen Mechanismen in das theoretische Zusammenwirken von Disposition und Stressfaktoren in der direkten Umwelt einer Person. Beispielsweise scheinen schüchterne Jugendliche anfälliger für die Opferrolle zu sein (vgl. Swearer/Hymel, 2015). Allerdings kann jemand, der schikaniert wird, als Ergebnis einer solchen Erfahrung ein schüchternes, zurückgezogenes und vielleicht ängstliches Verhalten entwickeln.

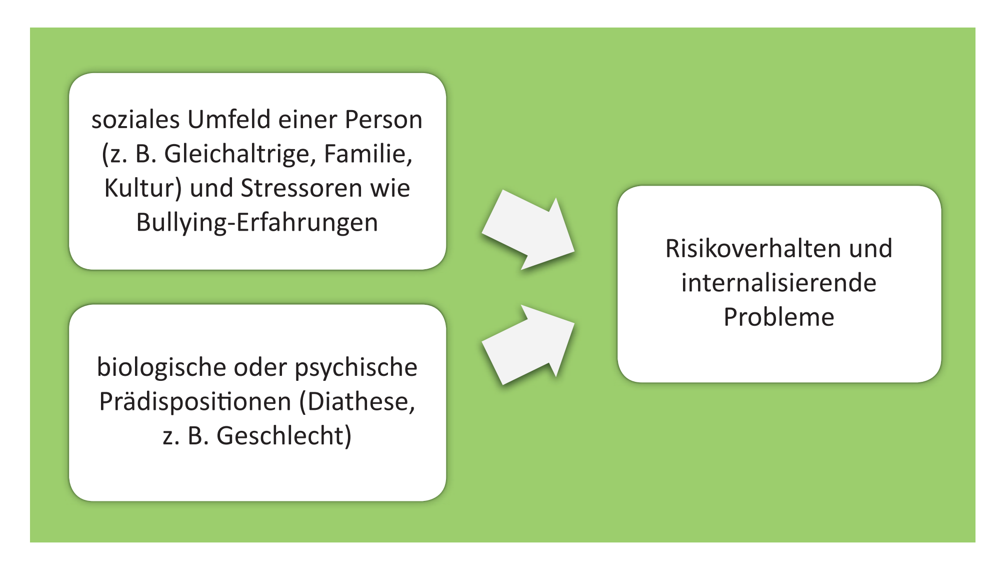


Abb. 4.1: Vereinfachte Darstellung des sozial-ökologischen Diathese-Stress-Modells (vgl. Swearer/Hymel, 2015)

Das von Swearer und Hymel (2015) vorgeschlagene sozial-ökologische Diathese-Stress-Modell bietet Erklärungsansätze für verschiedene mit Bullying verbundene Phänomene (vgl. Abb. 4.1). Beispielsweise können Kinder oder Jugendliche mit einer Disposition für eine Störung diese nicht entwickeln, wenn sie in einem gesundheitsfördernden Umfeld leben. Umgekehrt können Kinder oder Jugendliche, die in einer stressanregenden Umgebung leben, die Störung nicht entwickeln, wenn sie keine Veranlagung (Disposition) dafür haben.

Das Modell (vgl. Abb. 4.1) zeigt des Weiteren die Komplexität von Bullying-Prozessen mit individuellen Variablen (Diathese) wie Geschlecht. Unterschiede zwischen Bullying-Täterinnen und Tätern können zudem in ihrer Tendenz zu Risikoverhalten, Depression oder wahrgenommenen sozialen Verhaltensweisen bestehen. Beispielsweise berichteten Jungen häufiger Risikoverhalten als Mädchen (vgl. z. B. Jochman et al., 2017). Mädchen berichteten häufiger Internalisierungsprobleme (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Niedergeschlagenheit; vgl. z. B. Jochman et al., 2017) sowie enge Freundschaften und sprachen häufiger mit Freunden als Jungen (vgl. z. B. Jenkins et al., 2017).

Beispiele für umwelterklärende Variablen in Bezug auf Bullying-Täter- oder Opfererfahrungen sind der familiäre Hintergrund, die Interaktionen zwischen Lehrenden und Lernenden sowie gesellschaftliche Einflüsse (vgl. Swearer/Hymel, 2015). Freunde und Gleichaltrige können für die soziale und schulische Entwicklung von Jugendlichen innerhalb und außerhalb der Schule mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen (vgl. z. B. Swearer/Hymel, 2015).

Schülerinnen und Schüler aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status berichteten von häufigeren Bullying-Erfahrungen als jene aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status (vgl. z. B. Tippett/Wolke, 2014). Der soziale Hintergrund von Jugendlichen umfasst familiäre sowie Peer-Gewohnheiten (vgl. z. B. Erginoz et al., 2015) und Praktiken, wie Fernsehen, Computernutzung oder elektronische Kommunikation mit Freunden (vgl. z. B. Bjereld et al., 2017). Zu diesen Gewohnheiten und Praktiken gehört, über die neuesten technischen Geräte, Filme oder andere Online-Aktivitäten zu sprechen, die von Gleichaltrigen in der Schule akzeptiert oder sogar erwartet werden (vgl. Wolgast/Donat, 2019). Das Sprechen über akzeptierte Geräte und Aktivitäten war statistisch mit hoher wahrgenommener sozialer Unterstützung assoziiert (vgl. z. B. Bjereld et al., 2017). Schülerinnen und Schüler, die aufgrund ihres niedrigen sozioökonomischen Status nicht in der Lage sind, über solche Themen zu sprechen, sind vermutlich von sozialer Ausgrenzung bedroht (vgl. Wolgast/Donat, 2019).

Bullying-Täter gelten als gut sozial vernetzt mit Freunden, Assistenten, Verstärkern und anderen Gleichaltrigen, die sie direkt oder indirekt unterstützen (vgl. z. B. Pozzoli et al., 2017). Häufige Interaktionen mit Freunden, die Jugendliche zum Rauchen oder Trinken von Alkohol einladen, können bei Jugendlichen, die zuvor nicht geraucht oder keinen Alkohol getrunken haben, dieses Risikoverhalten auslösen oder verstärken (vgl. z. B. Huang et al., 2014). Somit können soziale Interaktionen mit Freunden mit Risikoverhalten und Internalisierungsproblemen in Verbindung gebracht werden. Im Gegenzug beeinträchtigen zunehmende Risikoverhaltensweisen das akademische und soziale Lernen (vgl. z. B. Frick et al., 2013).

Soziale Prozesse, z. B. die Kommunikation mit Bullying-Verteidigern oder Freunden in der Schule, können konstruktive oder unterstützende Prozesse beinhalten, die dazu beitragen, dass Bullying-Opfer das Verhalten anderer kritisch reflektieren (vgl. z. B. Swearer/Hymel, 2015). Im besten Fall kann die Kommunikation mit Freunden ein Schutzfaktor sein, der Jugendliche dazu anregt, Verteidigungsstrategien als Re-

aktion auf einen Bullying-Versuch eines potenziellen Bullying-Täters anzuwenden (vgl. z. B. Jenkins et al., 2017). Verteidiger könnten dafür eine wichtige Rolle spielen, nämlich dann, wenn schikanierte Schülerinnen oder Schüler Verteidigungsstrategien erlernen (vgl. z. B. Jenkins et al., 2017). Als weiterer Schutzfaktor gilt die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Gleichaltrige (vgl. z. B. Šmigelskas, 2018). Kim et al. (2018) stellten fest, dass Schüler/innen, die soziale Unterstützung von Gleichaltrigen, Freunden oder Anderen in der Schule wahrgenommen hatten, signifikant weniger Symptome von Erschöpfung oder Burn-out berichteten als diejenigen, die weniger soziale Unterstützung wahrgenommen hatten (vgl. Wolgast/Donat, 2019).

4.1.2 Bullying-Täter versus Bullying-Opfer – persönliche Merkmale und Stressoren

Nach dem sozial-ökologischen Diathese-Stress-Modell kann sich aus individuellen, zeitlich relativ stabilen Merkmalen von Heranwachsenden im Zusammenwirken mit Stressoren ein Verhalten entwickeln, das die Wahrscheinlichkeit für Bullying-Erfahrungen oder sogar für eine Bullying-Rolle erhöht. Sehr gut empirisch untersucht sind die Merkmale von Bullying-Tätern oder Täterinnen und Bullying-Opfern.

Bullying-Täter

In Bezug auf einzelne Faktoren wurde Erfahrung als Bullying-Täter oder Täterin mit Gefühllosigkeit (vgl. z. B. Muñoz et al., 2011), psychopathischen Tendenzen (vgl. Fanti/Kimonis, 2012), männlichen Verhaltensweisen (vgl. z. B. Gini/Pozzoli, 2006), Verhaltensproblemen (vgl. z. B. Cook et al., 2010), unsozialen Persönlichkeitsmerkmalen (vgl. z. B. Vaughn et al., 2010), Angst (vgl. z. B. Kaltiala-Heino et al., 2000) und Depression (vgl. z. B. Ferguson et al., 2009) in Verbindung gebracht. Bei einigen Schülerinnen und Schülern, die ihre Altersgenossen schikanierten, wurden eine relativ hohe soziale Intelligenz (vgl. Björkqvist et al., 2000) und ein relativ hoher sozialer Status (vgl. Vaillancourt et al., 2003) festgestellt. So lässt sich zwischen sozial integrierten und sozial marginalisierten (am sozialen Rand befindlichen) Bullying-Tätern unterscheiden (vgl. z. B. Rodkin et al., 2015).

Sowohl die Konzeptualisierung des Bullying-Täter-Status als Stressor als auch frühere Längsschnittstudien deuten auf ein langfristiges Risiko für die Entwicklung von Fehlanpassungen hin (vgl. z. B. Swearer/Hymel, 2015). Beispielsweise neigten Bullying-Täter dazu, sich auf kriminelle Verhaltensweisen einzulassen (vgl. z. B.

Andershed et al., 2001; Olweus, 1993; Whitney/Smith, 1993). Die Bullying-Tätererfahrung von Jugendlichen steht ferner im Zusammenhang mit Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum; vgl. z. B. Kaltiala-Heino et al., 2000; Wolgast/Donat, 2019) und mit Internalisierungsproblemen wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, niedrigem Stimmungsniveau, höheren Depressionsraten und geringerem Selbstwertgefühl (vgl. z. B. Kaltiala-Heino et al., 2000; Katsaras et al., 2018; Olweus, 1996; Wolke et al., 2000). Die Internalisierung von Problemen und die Externalisierung von Risikoverhalten einer Person können mit subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsproblemen, Problemen mit dem sozialen Umfeld und mit materiellen Ressourcen einhergehen (vgl. z. B. Miller/Eisenberg, 1988; Sanders et al., 2018). Zudem stehen diese Internalisierung und Externalisierung im Zusammenhang mit Schwierigkeiten beim akademischen (vgl. z. B. Aunola et al., 2000; Frick et al., 2013) und sozialen Lernen (vgl. z. B. Dodge/Pettit, 2003; Frick et al., 2013, für eine Übersicht) sowie kriminellem Verhalten (vgl. z. B. Frick et al., 2013). Jugendliche mit Bullying-Tätererfahrung berichteten, dass es ihnen schwerer fiel, mit Freunden zu sprechen, und nahmen weniger soziale Unterstützung durch Gleichaltrige wahr als Jugendliche ohne diese Erfahrung (vgl. Wolgast/Donat, 2019). Diese Ergebnisse haben die bisherige Annahme (vgl. Wolgast/Donat, 2019) infrage gestellt, dass Bullying-Täter ein starkes soziales Netzwerk haben.

Darüber hinaus berichteten Bullying-Täter signifikant häufiger Selbstmordgedanken oder Selbstmordversuche als Schülerinnen oder Schüler ohne Bullying-Tätererfahrung (vgl. zum Überblick Katsaras et al., 2018). Selbstmord ist die zweithäufigste Todesursache bei Personen im Alter von 15 bis 29 Jahren (vgl. Eurostats, 2017) und somit ein internationales Problem in der Gruppe junger Erwachsener. Swearer und Hymel (2015) fassten für Bullying-Täter zusammen: Kinder und Jugendliche, die Bullying betreiben, sind vielfach für die gleichen Probleme gefährdet wie Bullying-Opfer.

Bullying-Opfer

Insbesondere für Bullying-Opfer sind negative Folgen und Nachteile gegenüber jenen ohne diese Erfahrungen relativ gut untersucht. Sie weisen beispielsweise niedrigere schulische Leistungen, beeinträchtigte psychologische Funktionen und niedrigeres Wohlbefinden auf als Kinder und Jugendliche ohne diese Opfererfahrung (Ergebnisse aus 66 Ländern, vgl. Due/Holstein, 2008). Von Gleichaltrigen schikaniert

zu werden, ist mit niedriger körperlicher Gesundheit (vgl. z. B. Gini/Pozzoli, 2013; Knack et al., 2011) und niedriger Anpassung an den schulischen Kontext verbunden (einschließlich Unzufriedenheit, Unwohlsein) (vgl. z. B. Konishi et al., 2010). Bullying-Opfer sind zudem relativ wenig beliebt (vgl. z. B. Spriggs et al., 2007), haben relativ wenig soziale Kontakte und werden von Gleichaltrigen relativ wenig akzeptiert oder sogar abgelehnt und sozial isoliert (vgl. z. B. Katsaras et al., 2018; Veenstra et al., 2007), wobei soziale Ausgrenzung gleichzeitig eine häufige Form von Bullying zu sein scheint (vgl. z. B. Smith, 2014).

Bullying-Opfererfahrungen sind besonders stark mit negativen Emotionen wie Wut oder Angst (vgl. z. B. Bondue et al., 2016; Garnefski/Kraaij, 2016), Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum (vgl. z. B. Smith-Khuri et al., 2004) sowie einer Vielzahl internalisierter und externalisierter Verhaltensprobleme verbunden (vgl. Card et al., 2007, für einen Überblick). Dazu zählen depressive Verstimmung und Depression (vgl. z. B. Kaltiala-Heino et al., 2000; Swearer/Hymel, 2015), Selbstmordgedanken (vgl. z. B. Bonanno/Hymel, 2010), Rückzug und Einsamkeit (vgl. z. B. Kaltiala-Heino et al., 1999), soziale Angst und soziale Vermeidung (vgl. z. B. Espelage/Holt, 2001), aber auch Hyperaktivität (vgl. Kumpulainen et al., 2001), Kriminalität und Aggression (vgl. z. B. Hanish/Guerra, 2000).

Jugendliche mit Bullying-Opfererfahrung zeigten häufig ein chronisches Bedürfnis, sich an Umweltbedingungen mit subjektiver Benachteiligung und damit verbundenen Nachteilen anzupassen (vgl. z. B. Compas et al., 2017; Wolke et al., 2000). Dabei kommt es nach dem sozial-ökologischen Diathese-Stress-Modell auf ihre individuellen Dispositionen und sozialen Prozesse in den Umweltbedingungen an (vgl. Swearer/Hymel, 2015), inwieweit das Bedürfnis in angemessene Anpassungsaktivitäten umgesetzt wird. Bullying-Opfer sind oft hilflos und kaum fähig, sich zu verteidigen (für eine Übersicht vgl. z. B. Scheithauer et al., 2003; Wachs et al., 2016). Mit Freunden zu sprechen, scheint für Bullying-Opfer schwierig zu sein (vgl. Wolgast/Donat, 2019). Sie erlebten zudem deutlich geringere Unterstützung durch Gleichaltrige als Personen ohne diese Opfererfahrung (vgl. Wolgast/Donat, 2019) und benötigen daher möglicherweise Verhaltensstrategien und kognitive Ressourcen wie kognitive Umdeutung, um Bullying-Erfahrungen erfolgreich zu bewältigen.

4.2 Bullying-Prozesse und Folgen

Mehrere länderübergreifende Studien zeigten Zusammenhänge zwischen Bullying-Prozessen (vgl. z. B. Bjereld et al., 2017; Due/Holstein, 2008), Risikoverhalten (vgl. z. B. Smith-Khuri et al., 2004) oder Internalisierungsproblemen bei Jugendlichen (vgl. z. B. Gini et al., 2018, für eine Metaanalyse). Andere Studien zielten auf die Untersuchung möglicher Schutzfaktoren gegen soziale Stressoren ab, wie die wahrgenommene soziale Unterstützung (vgl. z. B. Kim et al., 2018) und Gespräche mit Freunden (vgl. Wolgast/Donat, 2019). Daten aus Querschnittsstudien lassen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Bullying-Beteiligung und Psychopathologie, Delinquenz und Selbstmord bei Jugendlichen erkennen. Diese Ergebnisse stützen zwar die sozial-ökologische Diathese-Stress-Hypothese (vgl. Swearer/Hymel, 2015), Querschnittsdaten können jedoch keinen Hinweis auf die Kausalität geben. Retrospektive Langzeitstudien haben gezeigt, dass Bullying in der Kindheit verschiedene Nachteile im Erwachsenalter vorhersagt, die jedoch durch Selektions- und Erinnerungsverzerrungen bei den Teilnehmenden begrenzt sind (vgl. z. B. Rivers, 2001).

Die meisten verfügbaren Längsschnittdaten (vgl. z. B. Brunstein Klomek et al., 2015; Olweus, 1993) resultieren aus Studien über einige Monate bis Jahre hinweg. Studien aus den letzten zehn Jahren haben Mädchen und Jungen bis ins junge Erwachsenenalter begleitet und verdeutlichen die negativen Folgen von Bullying (vgl. z. B. Brunstein Klomek et al., 2015)

4.2.1 Langfristige Effekte

Es gibt Hinweise darauf, dass Opfererfahrungen schwerwiegende Folgen für Schülerinnen und Schüler haben können. Olweus berichtete 1993 als Erster, dass Kinder, die im Alter von elf Jahren ernsthaft schikaniert worden waren, als junge Erwachsene Depressionen hatten. Spätere Studien stützten dieses Ergebnis und identifizierten langfristige Folgen wie eine höhere Prävalenz von Schlafstörungen, erhöhte emotionale Erregung, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen (vgl. z. B. Gini et al., 2008; Wolgast/Donat, 2019), verminderte Schulleistungen, erhöhte soziale Angst, ein erhöhtes Depressionsrisiko und sogar ein höheres Risiko eines Selbstmordversuchs im Vergleich zu Schülerinnen und Schülern ohne diese Opfererfahrung (vgl. z. B. Bondue et al., 2016). Statistische Zusammenhänge zwischen den Opfererfahrungen mit Bullying-Prozessen und der Sterblichkeit von Jugendlichen werden mit Bezug auf

chronische Belastungen, Internalisierungsprobleme und sozialen Rückzug diskutiert (vgl. Brunstein Klomek et al., 2010, für eine Übersicht).

Einige Längsschnittstudien beziehen sich auf Daten von männlichen Teilnehmenden und getrennt davon auf weibliche Teilnehmende (vgl. z. B. Kaltiala-Heino et al., 1999). Andere Studien legen nahe, dass Bullying-Beteiligung und das Geschlecht negative Veränderungen und Nachteile im weiteren Lebensverlauf determinieren können. So zeigten Sourander et al. (2009), dass bei Mädchen mit wiederholten Opfererfahrungen in Bullying-Prozessen eine Krankenhausbehandlung für psychiatrische Störungen sowie die Verwendung von Antipsychotika, Antidepressiva und angstlösenden Medikamenten vorhergesagt werden können, und zwar unabhängig von psychiatrischen Störungen bei der Baseline-Messung. Im Gegensatz dazu bestand kein statistischer Zusammenhang zwischen dem Psychopathologie-Gesamtscore von Jungen im Alter von acht Jahren und dem Risiko für eine spätere psychiatrische Behandlung (vgl. Eisenberg et al., 2003). Weiterhin determinierten Opfererfahrungen nach Kontrolle der Psychopathologie nur bei weiblichen irischen Jugendlichen späteres suizidales Verhalten (vgl. z. B. Mills et al., 2004). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Frauen eher medizinische, psychologische oder psychiatrische Hilfe suchen als Männer (vgl. z. B. Mills et al., 2004). Insgesamt ist festzuhalten, dass häufige Opfererfahrungen (sozialer Stressor, vgl. Swearer/Hymel, 2015) von Mädchen (Diathese) über die Psychopathologie der Kindheit hinausgehen und die mentale Gesundheit im Erwachsenenalter beeinträchtigen können (vgl. Brunstein Klomek et al., 2015).

Renda et al. (2011) berichteten von engen statistischen Beziehungen zwischen Bullying-Erfahrungen bei Jungen und späteren asozialen Verhaltensweisen. Bei Mädchen in verschiedenen Altersstufen zeigten sich hingegen keine statistischen Beziehungen zwischen diesen Variablen. Jungen werden häufiger offen körperlich geschädigt, während Mädchen mit größerer Wahrscheinlichkeit indirektes relationales Schikanieren erleiden (vgl. z. B. Scheithauer et al., 2006). Indirektes relationales Schikanieren bedeutet, dass ein Bullying-Opfer beispielsweise mithilfe systematischer sozialer Ausgrenzung ohne physische Aggression verletzt wird. Dazu gehört das Verbreiten negativer Informationen über das Opfer, die wahr oder falsch sind. Das relationale Schikanieren war ein stärkerer Prädiktor für spätere psychische Probleme eines Kindes als das offene Schikanieren (vgl. Wolke et al., 2000). Bender und Lösel (2011) stellten allerdings fest, dass Bullying-Erfahrungen mit körperlicher Belastung

stärker spätere Kriminalität vorhersagen als verbale oder indirekte Bullying-Formen (vgl. Brunstein Klomek et al., 2015). Die Ergebnisse aus prospektiven Längsschnittstudien (vgl. Klomek et al., 2015) in drei untersuchten Bereichen (Psychopathologie, Suizidalität und Kriminalität) legen nahe, dass die Kontrolle der Ausgangsfaktoren Effekte von Bullying-Erfahrungen auf Indikatoren dieser drei Bereiche zwar verringert, der Stressor Bullying jedoch häufig ein statistisch bedeutsamer Prädiktor für spätere Nachteile bleibt.

4.3 Prävention, Interventionsansätze und protektive Faktoren

Die Erkenntnislage zu Bullying-Prozessen und Folgen verdeutlicht die damit verbundenen dramatischen Konsequenzen und möglichen Langzeitfolgen bei Heranwachsenden und Erwachsenen. Demnach sollten Entstehungsbedingungen identifiziert werden, um der Entstehung von Bullying-Prozessen wirksam vorzubeugen. Programme, die vorbeugen, indem sie in Abläufe des Schulalltags intergiert werden, sind bekannt als präventive Interventionsprogramme. Sind bereits Bullying-Prozesse entstanden, zielen Interventionsprogramme auf deren Reduktion ab.

4.3.1 Präventions- und Interventionsansätze

Auf der Basis empirischer Ergebnisse zu Bullying-Prozessen entwickelten Forschende in verschiedenen Ländern Präventions- und Interventionsprogramme gegen Bullying (vgl. z. B. Campaert et al., 2017; Cross et al., 2019; DeNike/Gordon, 2019; Olweus et al., 2019). Beispiele der mehrfach evaluierten Programme sind das fairplayer manual (vgl. Scheithauer/Bull, 2007), KiVa (vgl. Salmivalli et al., 2010), das Bullying-Präventionsprogramm von Olweus (OBPP, vgl. Olweus et al., 2019) oder das Wiener Sozialkompetenzprogramm (vgl. z. B. Strohmeier/Spiel, 2015). Eine umfassende Übersicht über die derzeit verfügbaren Präventions- und Interventionsprogramme gegen Bullying und ihre Wirksamkeit bieten Gaffney et al. (2019) in einer Metaanalyse. Überblicksbeiträge mit einem jeweils speziellen Fokus sind beispielsweise die Metaanalyse schulbasierter Anti-Bullying-Programme mit einer Elternkomponente (vgl. Huang et al., 2019) oder der systematische Überblick über Untersuchungen von durch Gleichaltrige geführten schulbasierten Interventionsprogrammen und der an-

schließenden psychischen Gesundheit der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen (vgl. King/Fazel, 2019).

Evaluierung eines norwegischen Anti-Bullying-Programms in den USA

Das in Norwegen entwickelte, evaluierte und besonders etablierte „Olweus Bullying Prevention Program" (OBPP, vgl. Olweus, 1993) wurde mittlerweile in einer groß angelegten Längsschnittstudie in den USA evaluiert (vgl. Olweus et al., 2019). Das Programm hat sich in Norwegen durchweg positiv auf das soziale Verhalten von Schülerinnen und Schülern ausgewirkt (vgl. Olweus et al., 2019). Fraglich war, ob das Programm in den USA ähnlich wirkt wie in Norwegen.

Die Evaluation des Programms erfolgte mit mehr als 30.000 teilnehmenden Schülerinnen und Schülern der Klassen 3–11 aus 95 Schulen über drei Jahre. Das Programm umfasst mehrere Ebenen (Individualebene der Schülerinnen und Schüler, Klassenebene, Schulebene) und eine Sammlung forschungsbasierter Komponenten für die Anwendung in der ganzen Schule. Damit berücksichtigt es auch die wesentlichen Komponenten im sozial-ökologischen Diathese-Stress-Modell (vgl. Abb. 4.1). Die Programmkomponenten sollten in allen Schulen implementiert sein, die für ihre Schülerinnen und Schüler eine sichere und produktive Lernumgebung schaffen wollen. Ein Beispiel der Komponenten ist auf der Klassenebene die Durchführung von Informationsveranstaltungen für alle Schülerinnen und Schüler der Klasse, in denen das Verständnis von Bullying-Prozessen inklusive damit verbundener Probleme in Diskussionen und Rollenspielen gefördert wird (vgl. Olweus et al., 2019).

Insgesamt lieferte die Längsschnittstudie (vgl. Olweus et al., 2019) starke Unterstützung für die Wirksamkeit des OBPP bei Schülerinnen und Schülern in Grund-, Mittel- und Oberstufe an U.S.-amerikanischen Schulen. Die Programmeffekte waren konsistent und deckten alle Formen von Bullying ab, also verbal, physisch, indirekt, durch sexuelle Belästigung, Worte, Gesten und Cyber-Bullying. Diese Ergebnisse gelten für Teilnehmende mit Bullying-Tätererfahrungen und jene mit Bullying-Opfererfahrungen in den USA (vgl. Olweus et al., 2019). Die meisten Analysen ergaben, dass die Programmeffekte stärker waren, je länger das Programm an der Schule lief. In Bezug auf die verbale, physische und indirekte Form zeigten sich erhebliche Verringerungen mit stärkeren Effekten bezüglich der verbalen Form bei Bullying-Tätern als bei Bullying-Opfern. Die starken Effekte insbesondere in Bezug auf verbales Bul-

lying begründeten Olweus et al. (2019) damit, dass diese Bullying-Form besonders weit verbreitet war.

Geringe Programmeffekte zeigten sich in Bezug auf Cyber-Bullying in den Klassenstufen 3–11. Ein Großteil der positiven Veränderungen in Bezug auf Cyber-Bullying wurde statistisch auf die Angaben der Schülerinnen und Schüler in den Klassenstufen 6–8 zurückgeführt und somit auf der Individualebene der Heranwachsenden mit ihren persönlichen Merkmalen und ihrem sozialen Verhalten untereinander. Olweus et al. (2019) erklärten diese geringeren Effekte mit der noch fehlenden Fokussierung des OBPP auf Bullying-Prozesse im digitalen Raum.

Auf Klassenebene gab es die stärksten relativen Programmeffekte für Schülerinnen und Schüler der untersten Klassenstufe gegenüber höheren Klassenstufen 9–11. Olweus et al. (2019) weisen darauf hin, dass diese Ergebnisse Unterschiede zwischen Mittel- oder Oberschulen vs. Grundschulen widerspiegeln können (z. B. an Mittel- oder Oberschulen, Schwierigkeiten, Zeit für Klassentreffen zu finden). Differenzielle Programmeffekte konnten hinsichtlich des Geschlechts festgestellt werden. Mädchen schienen beispielsweise mehr vom Programm mit den Materialien zu verbalen Bullying-Formen zu profitieren, während sich besonders positive Programmeffekte bei körperlichen Bullying-Formen für Jungen ergaben. Forschungsbedarf sehen Olweus et al. (2019) vor allem bei den indirekten, weniger sichtbaren Bullying-Formen, von denen mehr Mädchen als Jungen berichteten.

Das Anti-Bullying-System in Polen

Ein Beispiel für ein nationales Präventionssystem bietet Polen (vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019). Die Systematik dieses auf nationaler Ebene verankerten Programms ist in Europa bislang einmalig und wird deswegen in diesem Abschnitt vorgestellt. Ziel des nationalen Präventionssystems ist es, die öffentliche Gesundheit durch Unterstützungsangebote vor Risikofaktoren zu schützen. So sollen präventive Angebote genutzt werden, bevor sich Probleme entwickeln. Präventive Angebote in Polen sind in erster Linie kurzfristige Interventionen, die von Lehrerinnen oder Lehrern im Unterricht durchgeführt werden (vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019). Die Angebote fokussieren die Reduktion von aggressivem Verhalten unter gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen und Risikoverhalten bei Jugendlichen (z. B. Substanzmissbrauch, vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019), insbesondere der Alkoholkonsum.

Pyzalski und Poleszak (2019) weisen wie Olweus et al. (2019) darauf hin, dass einige Bullying-Formen, vor allem die indirekte Form, selten von Lehrenden oder anderem pädagogischen Personal an Schulen wahrgenommen und in den durchgeführten Anti-Bullying-Programmen häufig ignoriert werden. Es ist davon auszugehen, dass ein Täter verschiedene Bullying-Formen anwenden kann und dass ein Opfer verschiedene angewendete Bullying-Formen von einem Täter erlebt.

Die Autoren empfehlen für die Weiterentwicklung des Präventionssystems Programme, die darauf abzielen, Bullying unter Gleichaltrigen auf komplexe Weise zu lösen und als Grundlage die Einbeziehung von Faktoren zu berücksichtigen, die Bullying-Prozesse verhindern (z. B. Aktionen zum Aufbau von positiven Beziehungen in einem Klassenteam). Die Präventionspolitik sollte nach den Autoren ein kohärentes Lösungspaket umfassen, das für Fachkräfte, Schüler und Schülerinnen, Eltern und Erziehungsberechtigte verständlich ist und von der Schule im Bereich der Prävention von Gleichaltrigen umgesetzt wird. Dazu gehören nach Pyzalski und Poleszak (2019) die folgenden logisch zusammenhängenden Elemente:

1) Regelmäßiges Monitoring, um Bullying-Fälle zu identifizieren (z. B. über Umfragen oder Einzelinterviews mit Schülerinnen und Schülern). Umfragen sollten auf theoretischen Annahmen aufgebaut sein, relevante Bullying-Formen erfassen und die Häufigkeit von Bullying-Taten oder Opfererfahrungen dokumentieren. Die aus diesen Umfragen erzielten Ergebnisse können Grundlage für Präventionsaktivitäten an den Schulen sein.
2) Das Handeln einer einzelnen Lehrperson ist durch einen erheblichen subjektiven Eindruck beeinflusst, der nur in Kooperation mit anderen Lehrenden und der damit verbundenen Erhöhung des Objektivitätsgrades verringert werden kann. Die Zusammenarbeit kann beispielsweise die Erstellung einer gemeinsamen Falleinschätzung, den Informationsfluss und den Entscheidungsprozess über Lösungen betreffen.
3) Darüber hinaus sind die Information und Einbeziehung des gesamten Schulpersonals erforderlich, um ein kohärentes Vorgehen gegen Bullying-Prozesse sicherzustellen. Eine enge Zusammenarbeit des gesamten Schulpersonals kann als integraler Bestandteil des Anti-Bullying-Programms betrachtet werden. Bis zu einem festgelegten Grad sollten alle geschult und mit dem Anti-Bullying-Ansatz der Schule zur Verhinderung von antisozialem inklusive ag-

gressivem Verhalten in der Schule vertraut gemacht und auch in die Lösung spezifischer Fälle von Gewalt unter Gleichaltrigen einbezogen werden (vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019).

Lehrpersonen sind oftmals diejenigen, die Anti-Bullying-Programme in der Schule realisieren, nicht nur im Bereich der pädagogischen Maßnahmen, sondern auch bei der täglichen Reaktion auf offensichtliche Bullying-Prozesse. Für die Wirksamkeit der Programme sind angemessene Schulungen der Lehrpersonen notwendig, die sie umsetzen sollen. Eine wirksame Form vorbeugender Maßnahmen ist die Entwicklung von Klassenregeln für den prosozialen Umgang mit anderen durch Lehrpersonen und gemeinsam mit Schülerinnen und Schülern (vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019). Später ist es wichtig, die vereinbarten Verhaltensregeln durchzusetzen, und zwar mit den bei der Erstellung der Regeln gemeinsam vereinbarten Konsequenzen im Fall eines Regelbruchs.

Maßnahmen zur Aufklärung über Bullying und dessen Prävention sind häufig Teil von Präventionsprogrammen. Sie umfassen oft eine breite Palette (digitaler) Bildungsmaterialien, z. B. einfache Slogans sichtbar in der Schule verteilt, Poster, Flyer oder ausführliche Leitfäden (vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019). Die Materialien können auch eine Form von Texten oder Video-Tutorials enthalten, die z. B. beschreiben, wie man als Opfer, Täter oder Zeuge von Bullying-Prozessen unter Gleichaltrigen reagiert. Üblich ist es, dass Eltern oder Erziehungsberechtigte der Schülerinnen und Schüler in die Aufklärungsmaßnahmen einbezogen werden (vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019). Selbstverständlich sollten sämtliche Aufklärungsmaterialien auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt sein. Primäre Zielgruppen sind die Täter oder Täterinnen, Opfer und Zeugen oder Zeuginnen. Die Arbeit mit den ersten beiden beteiligten Personengruppen sollte direkt und individuell sein. Die Arbeit mit Zeugen und Zeuginnen kann individuell sein oder die Form kooperativer Gruppenarbeit annehmen. Aktionen für die Bewältigung von Opfererfahrungen werden in Form von Einzel- und Gruppentrainings durchgeführt. In einigen schwerwiegenden Fällen nehmen sie die Form von psychotherapeutischen Aktivitäten an (vgl. Pyzalski/Poleszak, 2019).

Es kann festgehalten werden, dass präventive Interventionen zum Aufbau von sozialen Beziehungen ohne Bullying-Prozesse der Gesundheitsförderung dienen und im Idealfall die gesamte Schulgemeinschaft ansprechen. Das soziale Klima in der Schule und die Unterstützung durch Lehrpersonen und Eltern spielen in der

Anfangsphase von Aufklärungsmaßnahmen eine besonders wichtige Rolle (vgl. Pyżalski/Poleszak, 2019). Im Sinne des sozial-ökologischen Diathese-Stress-Modells setzen die Maßnahmen an den sozialen Umweltbedingungen an.

Neben der Implementierung von Anti-Bullying-Programmen werden intraindividuelle schützende Faktoren diskutiert und in Studien erforscht. Deren Förderung könnte künftig bei der Weiterentwicklung von solchen Programmen stärker fokussiert werden. Ein Beispiel dafür wird im nächsten Abschnitt vorgestellt, nämlich der Gerechte-Welt-Glaube. Danach werden Studienergebnisse zum Temperament als möglichen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit von Heranwachsenden zusammengefasst.

4.3.2 Weitere potenziell schützende Faktoren

Aus Sicht der Gerechtigkeitspsychologie stellt Bullying eine Form ungerechten Verhaltens dar, weil Täterinnen und Täter ihre Überlegenheit gegenüber Opfern gezielt ausnutzen, die unter den Drangsalierungen meist unverdient leiden und keinerlei faire Chance zur Selbstverteidigung haben. Die Rechte von Opfern werden also auf eklatante Weise verletzt. Darüber hinaus werden Bullying-Vorfälle von beobachtenden Schülerinnen oder Schülern und Lehrenden nicht selten ignoriert oder sogar geduldet (vgl. z. B. Ellis/Shute, 2007; Salmivalli et al., 1996).

Daher ist es plausibel, anzunehmen, dass Bullying mithilfe interindividueller Unterschiede im Glauben an eine gerechte Welt erklärt und dieser als ein protektiver Faktor im Hinblick auf Bullying verstanden werden kann. Der Gerechte-Welt-Glaube (GWG) stellt die Überzeugung von Personen dar, dass die Welt ein gerechter Ort ist, an dem jeder verdient, was er bekommt, und jeder bekommt, was er verdient (vgl. Lerner, 1980). Einerseits ist dies für das Handeln von potenziellen Bullying-Tätern von Bedeutung, weil die Motivfunktion des GWG (vgl. Dalbert, 2001) Schüler zu gerechtem und regelkonformem Verhalten motiviert und damit auch zur Vermeidung ungerechten Verhaltens beitragen kann. Verschiedene Studien haben dementsprechend gezeigt, dass der GWG von Schülern negativ zusammenhing mit deren Bullying-Verhalten in der Schule (vgl. Donat et al., 2012; Donat/Knigge et al., 2018) wie auch dem Bullying mittels elektronischer Medien (vgl. Donat/Rüprich et al., 2018): Je stärker der GWG der Schüler war, desto seltener berichteten sie, Bullying-Verhaltensweisen gezeigt zu haben. Andererseits bietet die Assimilations- und Ver-

trauensfunktion des GWG (vgl. Dalbert, 2001) wichtige psychologische Ressourcen, die Personen helfen können, widrige Lebensumstände erfolgreich zu bewältigen. Ungerechte Erfahrungen, wie sie Bullying-Opfer wiederholt und mitunter massiv erleben, können somit assimiliert, also z. B. kognitiv umgedeutet, und Gerechtigkeit wiederhergestellt werden (zum Überblick vgl. Dalbert/Donat, 2015). Außerdem vertrauen Schüler mit starkem GWG darauf, dass sie von anderen Personen in der Schule gerecht behandelt werden, was ihnen das Gefühl vermittelt, ein wertgeschätztes Mitglied der Schulgemeinschaft und dort sozial inkludiert zu sein (vgl. Umlauft/Dalbert, 2017). Demzufolge berichteten Schüler mit starkem GWG seltener als andere von eigenen Bullying-Opfererfahrungen in der Schule (vgl. Donat et al., 2018) wie auch mittels elektronischer Medien (vgl. Donat et al., 2018). Interessanterweise wurden in den genannten Studien die Beziehungen zwischen dem GWG und Bullying-Erfahrungen konsistent vom subjektiven Gerechtigkeitserleben der betreffenden Schüler im Schulkontext vermittelt.

Gemeinsam mit bisheriger Forschung bei Bullying-Opfern bzw. Benachteiligten sowie Personen ohne Bullying-Erfahrungen im Allgemeinen (vgl. z. B. Otto et al., 2006) liegt somit eine Reihe von Belegen dafür vor, dass der GWG einen wichtigen psychologischen Schutzfaktor für die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit darstellt.

Eine andere Forschungsrichtung (vgl. z. B. Nocentini et al., 2019) fokussiert die Wirkung eines präventiven Interventionsprogramms auf die Entwicklung von Bullying-Prozessen mit Berücksichtigung des persönlichen Temperaments der Schülerinnen und Schüler. Nocentini et al. (2019) setzten das KiVa-Anti-Bullying-Interventionsprogramm ein und identifizierten Untergruppen innerhalb der Gruppe „frühe Jugendliche“, die gegen die präventive Intervention resistent waren. Das waren beispielsweise diejenigen mit hoher negativer Emotionalität. Diejenigen mit niedriger bis mittlerer negativer Emotionalität und hoher Anstrengungskontrolle waren sensibel für die Intervention, d. h., sie profitierten davon. Frühe Jugendliche mit niedriger Anstrengungskontrolle hatten hingegen ein hohes Risiko für spätere Bullying-Erfahrungen (vgl. Nocentini et al., 2019). Bullying-Opfer mit hoher bis mittlerer positiver Emotionalität profitierten am meisten von der Intervention (vgl. Nocentini et al., 2019), wohingegen jene mit niedriger positiver Emotionalität im zeitlichen Verlauf stabil von Bullying-Opfererfahrungen berichteten und somit als interventionsresistent einzustufen sind (vgl. Nocentini et al., 2019). Während der KiVa-Intervention

blieb die Bullying-Quote konstant, im Gegensatz zur Kontrollbedingung, wo ein starker Anstieg der Bullying-Quote festzustellen war (vgl. Nocentini et al., 2019). Insgesamt zeigte sich, dass die jüngsten Jugendlichen am schnellsten auf die Intervention reagierten.

Nocentini et al. (2019) bewerteten die Tendenz, negative Emotionen zu regulieren, als besonders bedeutsam für sozial angemessene Verhaltensweisen im Kontext zwischenmenschlicher Interaktionen. Diese Tendenz könnte zudem mit Bewältigungsstrategien unterstützt werden, mit denen ein hohes Maß an emotionaler Reaktivität moduliert oder angemessen aktiviert werden kann. Das KiVa-Anti-Bullying-Programm ist in der Lage, die Entwicklung von Bullying-Prozessen aufgrund von Schwierigkeiten bei der Regulierung von Emotionen zu reduzieren. Dies reicht jedoch nicht aus für Personen mit einem niedrigen Anstrengungskontroll-Niveau; für diese Personen scheint ein intensiveres Modul zum Training der Emotionsregulierung notwendig zu sein (vgl. Nocentini et al., 2019). Die Forschung von Nocentini et al. (2019) legt nahe, dass eine hohe Tendenz zur Emotionsregulation als Teil des Temperaments einerseits vor Bullying-Erfahrungen schützen könnte, weil damit sozial angemessene Reaktionen oder Verhaltensweisen einhergehen. Andererseits scheint sie Jugendliche vor Interventionsresistenz in Bezug auf Bullying-Erfahrungen zu schützen.

4.4 Limitationen und Zukunftsperspektiven

Insgesamt stützen auch die in diesem Beitrag vorgestellten Forschungsergebnisse das evidenzbasierte sozial-ökologische Diathese-Stress-Modell. Das Modell bietet Erklärungsansätze für das multifaktorielle Phänomen Bullying unter Kindern und Jugendlichen (vgl. Swearer/Hymel, 2015). Daraus können mit Bullying-Erfahrungen einhergehende Probleme, Konsequenzen und Langzeitfolgen nach Bullying-Erfahrungen abgeleitet werden. Bisherige Längsschnittstudien zeigten psychische und physische Probleme, Konsequenzen und Langzeitfolgen bei Bullying-Tätern oder Täterinnen und Opfern. Einschränkend ist dabei festzuhalten, dass in bisherigen Studien viele Faktoren nicht routinemäßig kontrolliert wurden (vgl. Brunstein Klomek et al., 2015). Bei einem korrelativen Studiendesign (im Gegensatz zum psychologischen Experiment) sind mögliche Störfaktoren zu berücksichtigen: genetische, soziale, psychologische oder umweltbedingte (vgl. Brunstein Klomek et al., 2015). Die Störfaktoren

können die untersuchten Variablen und deren statistische Beziehungen beeinflussen. Deswegen sollten mögliche Störfaktoren bei der Planung, Durchführung und Auswertung von Studien berücksichtigt und in daraus resultierenden Veröffentlichungen berichtet werden. Es gibt bereits einige Längsschnittstudien für die Untersuchung der Konsequenzen. Dazu sind Replikationsstudien wünschenswert, die in zukünftige weiterentwickelte Längsschnittstudien integriert werden könnten. Insbesondere die Replikation einer Längsschnittstudie in einem anderen Land oder in einer anderen Kultur würde wertvolle Hinweise zur Generalisierbarkeit von evidenten Bullying-Folgen geben. Solche Hinweise sind vor allem gesellschaftlich relevant, weil sie oft auch staatliche Gesundheitssysteme betreffen. Bei der Weiterentwicklung von präventiven Interventionsansätzen empfehlen wir die Berücksichtigung evidenter protektiver Faktoren, d. h., ein Kind mit einem niedrigen GWG profitiert möglicherweise mehr von einer anderen Intervention als ein Kind mit hohem GWG. Zudem wäre es wichtig zu erfahren, inwiefern Beziehungen zwischen Bullying-Erfahrungen und dem Vertrauen gegenüber anderen Menschen bestehen. Dabei geht es vor allem um die Fähigkeit zu differenzieren und beispielsweise Freunden und Verwandten ein anderes Ausmaß an Vertrauen entgegenzubringen als Fremden. Die regelmäßige Evaluation von präventiven Interventionsprogrammen in verschiedenen Ländern ist darüber hinaus gesellschaftlich relevant, um Veränderungen der Wirksamkeit bei verschiedenen Generationen von Kindern und Jugendlichen landesübergreifend festzustellen und das Programm daran anzupassen.

Literatur

Andershed, H./Kerr, M./Stattin, H. (2001). *Bullying in school and violence on the streets: Are the same people involved?* Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, (2), S. 31–49, doi:10.1080/140438501317205538.

Aunola, K./Stattin, H./Nurmi, J. E. (2000). *Adolescents' achievement strategies, school adjustment, and externalizing and internalizing problem behaviors*. Journal of Youth and Adolescence, 29 (3), S. 289–306, doi:10.1023/ A:1005143607919.

Barker, E. D./Arseneault, L./Brendgen, M./Fontaine, N. et al. (2008). *Joint development of bullying and victimization in adolescence: Relations to delinquency and self-harm*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47 (9), S. 1030–1038.

Bender, D./Lösel, F. (2011). *Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood*. Criminal Behaviour and Mental Health, 21 (2), S. 99–106.

Bjereld, Y./Daneback, K./Loefstedt, P./Bjarnason, T. et al. (2017). *Time trends of technology mediated communication with friends among bullied and not bullied children in four nordic countries between 2001 and 2010*. Child: Care, Health and Development, (43), S. 451–457, doi:10.1111/cch.12409.

Björkqvist, K./Österman, K./Kaukiainen, A. (2000). *Social intelligence – Empathy = aggression?* Aggression and Violent Behavior, (5), S. 191–200, doi:10.1016/S1359-1789(98)00029-9.

Bondue, R./Rothmund, T./Gollwitzer, M. (2016). *Mutual long-term effects of school bullying, victimization, and justice sensitivity in adolescents*. Journal of Adolescence, (48), S. 62–72, doi:10.1016/j.adolescence.2016.01.007.

Brunstein Klomek, A. B./Sourander, A./Gould, M. (2010). *The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings*. The Canadian Journal of Psychiatry, (55), S. 282–288, doi:10.1177/070674371005500503.

Campaert, K./Nocentini, A./Menesini, E. (2017). *The efficacy of teachers' responses to incidents of bullying and victimization: The mediational role of moral disengagement for bullying*. Aggressive Behavior, 43 (5), S. 483–492.

Cicchetti, D./Rogosch, F. A. (1996). *Equifinality and multifinality in developmental psychopathology*. Development and Psychopathology, (8), S. 597–600, doi:10.1017/S0954579400007318.

Compas, B. E./Jaser, S. S./Bettis, A. H./Watson, K. H. et al. (2017). *Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review*. Psychological Bulletin, (143), S. 939–991, doi:10.1037/bul0000110.

Cook, C. R./Williams, K. R./Guerra, N. G./Kim, T. E. et al. (2010). *Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation*. School Psychology Quarterly, 25 (2), S. 65–83, doi:10.1037/a0020149.

Cross, D./Runions, K. C./Shaw, T./Wong, J. W. et al. (2019). *Friendly schools universal bullying prevention intervention: Effectiveness with secondary school students*. International Journal of Bullying Prevention, 1 (1), S. 45–57.

Dalbert, C. (2001). *The justice motive as a personal resource: Dealing with challenges and critical life events. Critical issues in social justice*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Dalbert, C./Donat, M. (2015). *Belief in a Just World*. In: Wright, J. D. (Hrsg.): International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2. Auflage, Oxford: Elsevier, S. 487–492, doi:10.1016/B978-0-08-097086-8.24043-9.

DeNike, M./Gordon, H. (2019). *Solution Team: Outcomes of a Target-Centered Approach to Resolving School Bullying*. Contemporary School Psychology, 1–15.

Dodge, K. A./Pettit, G. S. (2003). *A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence*. Developmental Psychology, (39), S. 349–371, doi:10.1037/0012-1649.39.2.349.

Donat, M./Knigge, M./Dalbert, C. (2018). *Being a good or a just teacher: Which experiences of teachers' behavior can be more predictive of school bullying*? Aggressive Behavior, (44), S. 29–39, https://doi.org/10.1002/ab.21721.

Donat, M./Rüprich, C./Gallschütz, C./Dalbert, C. (2018). *Unjust behavior in the digital space: The relation between cyber-bullying and justice beliefs and experiences*. Manuscript submitted for publication.

Donat, M./Umlauft, S./Dalbert, C./Kamble, S. V. (2012). *Belief in a just world, teacher justice, and bullying behavior.* Aggressive Behavior, 38 (3), S. 185–193, https://doi.org/10.1002/ab.21421.

Donat, M./Wolgast, A./Dalbert, C. (2018). *Belief in a just world as a resource of victimized students*. Social Justice Research, 31 (2), S. 133–151, https://doi.org/10.1007/s11211-018-0307-8.

Due, P./Holstein, B. E. (2008). *Bullying victimization among 13 to 15 year old school children: Results from two comparative studies in 66 countries and regions*. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 20 (2), doi:10.1515/IJAMH.2008.20.2.209.

Eisenberg, M. E./Neumark-Sztainer, D./Story, M. (2003). *Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, (157), S. 733–738.

Ellis, A. A./Shute, R. (2007). *Teacher responses to bullying in relation to moral orientation and seriousness of bullying*. British Journal of Educational Psychology, 77 (3), S. 649–663, doi:10.1348/000709906X163405.

Erginoz, E./Alikasifoglu, M./Ercan, O./Uysal, O. et al. (2015). *The role of parental, school, and peer factors in adolescent bullying involvement: Results from the Turkish HBSC 2005/2006 study*. Asia Pacific Journal of Public Health, (27), NP1591–1603, doi:10.1177/1010539512473144.

Espelage, D. L./Rao, M. A./de la Rue, L. (2013). *Current research on school-based bullying: A social-ecological perspective*. Journal of Social Distress and the Homeless, (22), S. 21–27, doi:10.1179/1053078913Z.0000000002.

Eurostats (2017). *Being young in Europe today – health*. Retrieved September 15, 2018. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Being_young_in_Europe_today_-_health (09.09.2019).

Fanti, K. A./Kimonis, E. R. (2012). *Bullying and victimization: The role of conduct problems and psychopathic traits*. Journal of Research on Adolescence, (22), S. 617–631, doi:10.1111/j.1532-7795.2012.00809.x.

Ferguson, C. J./San Miguel, C./Hartley, R. D. (2009). *A multivariate analysis of youth violence and aggression: The influence of family, peers, depression, and media violence*. The Journal of Pediatrics, (155), S. 904–908. e3, doi:10.1016/j.jpeds.2009.06.021.

Frick, P. J./ Ray, J. V./Thornton, L. C./Kahn, R. E. (2013). *Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review.* Psychological Bulletin, (140), S. 1–57, doi:10.1037/a0033076.

Gaffney, H./Farrington, D. P./Ttofi, M. M. (2019). *Examining the effectiveness of school-bullying intervention programs globally: a meta-analysis*. International Journal of Bullying Prevention, 1 (1), S. 14–31, doi:10.1007/s42380-019-0007-4.

Garnefski, N./Kraaij, V. (2016). *Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety.* Cognition and Emotion, 32 (7), S. 1401–1408, doi:10.1080/02699931.2016.1232698.

Gini, G./Card, N. A./Pozzoli, T. (2018). *A meta-analysis of the differential relations of traditional and cyber-victimization with internalizing problems*. Aggressive Behavior, (44), S. 185–198, doi:10.1002/ab.21742.

Gini, G./Pozzoli, T. (2013). *Bullied children and psychosomatic problems: A meta-analysis*. Pediatrics, (132), S. 720–729, doi:10.1542/peds.2013-0614.

Gini, G./Pozzoli, T. (2006). *The role of masculinity in children's bullying*. Sex Roles, (54), S. 585–588, doi:10.1007/s11199-006-9015-1.

Gini, G./Pozzoli, T./Borghi, F./Franzoni, L. (2008). *The role of bystanders in students' perception of bullying and sense of safety*. Journal of School Psychology, (46), S. 617–638, doi:10.1016/j.chb.2017.10.011.

Haltigan, J. D./Vaillancourt, T. (2014). *Joint trajectories of bullying and peer victimization across elementary and middle school and associations with symptoms of psychopathology*. Developmental psychology, 50 (11), S. 2426–2436, doi:10.1037/a0038030.

Huang, Y./Espelage, D. L./Polanin, J. R./Hong, J. S. (2019). *A meta-analytic review of school-based anti-bullying programs with a parent component*. International Journal of Bullying Prevention, 1 (1), S. 32–44.

Huang, G. C./Soto, D./Fujimoto, K./Valente, T. W. (2014). *The interplay of friendship networks and social networking sites: Longitudinal analysis of selection and influence effects on adolescent smoking and alcohol use*. American Journal of Public Health, (104), e51–e59, doi:10.2105/AJPH.2014.302038.

Huitsing, G./Veenstra, R. (2012). *Bullying in classrooms: Participant roles from a social network perspective*. Aggressive Behavior, (38), S. 494–509, doi:10.1002/ab.21438.

Jenkins, L. N./Demaray, M. K./Tennant, J. (2017). *Social, emotional, and cognitive factors associated with bullying*. School Psychology Review, (46), S. 42–64, doi:10.17105/SPR46-1.42-64.

Jochman, J. C./Cheadle, J. E./Goosby, B. J. (2017). *Do adolescent risk behaviors mediate health and school bullying?* Testing the stress process and general strain frameworks. Social Science Research, (65), S. 195–209, doi:10.1016/j.ssresearch.2016.12.002.

Kaltiala-Heino, R./Rimpelä, M./Marttunen, M. et al. (1999). *Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey.* The BMJ, (19), S. 348–351.

Kaltiala-Heino, R./Rimpelae, M./Rantanen, P./Rimpelae, A. (2000). *Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders*. Journal of Adolescence, (23), S. 661–674, doi:10.1006/jado.2000.0351.

Katsaras, G. N./Vouloumanou, E. K./Kourlaba, G./Kyritsi, E. et al. (2018). *Bullying and suicidality in children and adolescents without predisposing factors: A systematic review and meta-analysis*. Adolescent Research Review, (1–25), doi:10.1007/s40894-018-0081-8.

Kim, B./Jee, S./Lee, J./An, S. et al. (2018). *Relationships between social support and student burnout: A meta-analytic approach.* Stress and Health, (34), S. 127–134, doi:10.1002/smi.2771.

King, T./Fazel, M. (2019). *Examining the mental health outcomes of peer-led school-based interventions on young people aged between 4 and 18 years old: a systematic review protocol*. Systematic reviews, 8 (1), S. 104.

Klomek, A. B./Sourander, A./Elonheimo, H. (2015). *Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood*. The Lancet Psychiatry, 2 (10), S. 930–941.

Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. Perspectives in Social Psychology. New York, NY: Plenum Press.

Martel, M. M. (2013). *Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders*. Psychological Bulletin, (139), S. 1221–1259, doi:10.1037/a0032247.

Miller, P. A./Eisenberg, N. (1988). *The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior*. Psychological Bulletin, 103 (3), S. 324–344, doi:10.1037/0033-2909.103.3.324.

Mills, C./Guerin, S./Lynch, F. et al. (2004). *The relationship between bullying, depression and suicidal thoughts/behaviour in Irish adolescents*. Irish Journal of Psychological Medicine, (21), S. 112–116.

Muñoz, L. C./Qualter, P./Padgett, G. (2011). *Empathy and bullying: Exploring the influence of callous-unemotional traits*. Child Psychiatry and Human Development, (42), S. 183–196, doi:10.1007/s10578-010-0206-1.

Nocentini, A./Palladino, B. E./Menesini, E. (2019). *For whom is anti-bullying intervention most effective? The role of temperament*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16 (3), S. 388–400, doi:10.3390/ijerph16030388.

Nock, M. K./Prinstein, M. J./Sterba, S. K. (2009). *Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults*. Journal of Abnormal Psychology, (118), S. 816–827, doi:10.1037/a0016948.

OECD (2017). *PISA 2015 Results (Volume III)*. Paris, France: OECD Publishing.

Olweus, D. (2011). *Gewalt in der Schule: Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können [Violence at school: What teachers and parents should know – and can do]*. 4. Auflage, Bern: Huber.

Olweus, D. (1999). *Norway*. In: Smith, P. K. (Hrsg.): The nature of school bullying: A cross-national perspective. London/New York: Routledge, S. 28–48.

Olweus, D. (1997). *Bully/victim problems in school: Facts and intervention*. European Journal of Psychology of Education, 12 (4), S. 495–510, doi:10.1007/BF03172807.

Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do. Understanding children's worlds*. Malden, MA: Blackwell.

Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*. Washington, DC: Hemisphere.

Olweus, D./Limber, S. P./Breivik, K. (2019). *Addressing specific forms of bullying: a large-scale evaluation of the olweus bullying prevention program*. International Journal of Bullying Prevention, 1 (1), S. 70–84.

Otto, K./Boos, A./Dalbert, C./Schops, D. et al. (2006). *Posttraumatic symptoms, depression, and anxiety of flood victims: The impact of the belief in a just world*. Personality and Individual Differences, 40 (5), S. 1075–1084, doi:10.1016/j.paid.2005.11.010.

Pozzoli, T./Gini, G./Thornberg, R. (2017). *Getting angry matters: Going beyond perspective taking and empathic concern to understand bystanders' behavior in bullying*. Journal of Adolescence, (61), S. 87–95, doi:10.1016/j.adolescence.2017.09.011.

Pyżalski, J./Poleszak, W. (2019). *Peer violence and cyberbullying prevention programmes*. Prevention in School, 186–191. https://profilaktycy.pl/ima-ges/zasoby_pliki/ksiazka/Prevention_in_school.pdf#page=187 (09.09.2019).

Renda, J./Vassallo, S./Edwards, B. (2011). *Bullying in early adolescence and its association with anti-social behaviour, criminality and violence 6 and 10 years later*. Criminal Behaviour and Mental Health, 21 (2), S. 117–127.

Rodkin, P. C./Espelage, D. L./Hanish, L. D. (2015). *A relational frame-work for understanding bullying: Developmental antecedents and outcomes*. American Psychologist, (70), S. 311–321, doi:10.1037/a0038658.

Salmivalli, C./Kärnä, A./Poskiparta, E. (2010). *Development, evaluation and diffusion of a national anti-bullying program, KiVa.* In: Doll, B./Pfohl, W./Yoon, J. S. (Hrsg.): Handbook of Youth Prevention Science. New York: Routledge, S. 240–254.

Salmivalli, C./Lagerspetz, K./Bjorkqvist, K./Osterman, K. et al. (1996). *Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group*. Aggressive Behavior, (22), S. 1–15, doi:10.1002/(SICI)1098-2337(1996)22:1<1::AID-AB1>3.0.CO;2-T.

Sanders, J./Munford, R./Boden, J. (2018). *The impact of the social context on externalizing risks – implications for the delivery of programs to vulnerable youth*. Children and Youth Services Review, (85), S. 107–116, doi:10.1016/j.childyouth.2017.12.022.

Scheithauer, H./Bull, H. D. (2007). *Unterrichtsbegleitende Förderung sozialer Kompetenzen und Prävention von Bullying im Jugendalter – das fairplayer manual*. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 43 (4), S. 277–293, doi:10.13109/grup.2007.43.4.277.

Scheithauer, H./Hayer, T./Petermann, F. (2003). *Bullying unter Schülern: Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. Klinische Kinderpsychologie.* 8. Auflage, Göttingen: Hogrefe.

Scheithauer, H./Hayer, T./Petermann, F./Jugert, G. (2006). *Physical, verbal, and relational forms of bullying among German students: Age trends, gender differences, and correlates*. Aggressive Behavior, 32 (3), S. 261–275, doi:10.1002/ab.20128.

Šmigelskas, K./Vaičiūnas, T./Lukoševičiūtė, J./Malinowska-Cieślik, M. et al. (2018). *Sufficient social support as a possible preventive factor against fighting and bullying in school children*. International Journal of Environmental Research and Public Health, (15), S. 870–885, doi:10.3390/ijerph15050870.

Skinner, E. A./Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). *The development of coping*. Annual Review of Psychology, (58), S. 119–144, doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705.

Smith, P. K. (2014). *Understanding school bullying: its nature and prevention strategies*. London, UK: SAGE Publications.

Smith, P. K./Madsen, K. C./Moody, J. C. (1999). *What causes the age decline in reports of being bullied at school? Towards a developmental analysis of risks of being bullied*. Educational Research, 41 (3), S. 267–285, doi:10.1080/0013188990410303.

Smith-Khuri, E./Iachan, R./Scheidt, P. C./Overpeck, M. D. et al. (2004). *A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, (158), S. 539–544, doi:10.1001/archpedi.158.6.539.

Sourander, A./Ronning, J./Klomek B. A. et al. (2009). *Childhood bullying behavior, and later psychiatric hospital and psychopharmacological treatment: findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study*. Archives Of General Psychiatry. 66 (9), S. 1005–1012.

Strohmeier, D./Spiel, C. (2015). *WiSK-Programm–Förderung von sozialen und interkulturellen Kompetenzen in der Schule*. In: Malti, T./Perren, S. (Hrsg.): Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten. Stuttgart: Kohlhammer, Kapitel 12.

Swearer, S. M./Hymel, S. (2015). *Understanding the psychology of bullying: Moving toward a Social-Ecological Diathesis-Stress Model*. American Psychologist, (70), S. 344–353, doi:10.1037/a0038929.

Tippett, N./Wolke, D. (2014). *Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis*. American Journal of Public Health, (104), e48–e59, doi:10.2105/AJPH.2014.301960.

Umlauft, S./Dalbert, C. (2017). *Justice experiences and feelings of exclusion*. Social Psychology of Education, 20 (3), S. 565–587, doi:10.1007/s11218-017-9387-9.

Vaughn, M. G./Fu, Q./Bender, K./DeLisi, M. et al. (2010). *Psychiatric correlates of bullying in the United States: Findings from a national sample*. Psychiatric Quarterly, (81), S. 183–195, doi:10.1007/s11126-010-9128-0.

Wachs, S./Jiskrova, G. K./Vazsonyi, A. T./Wolf, K. D. et al. (2016). *A cross-national study of direct and indirect effects of cyberbullying on cybergrooming victimization via self-esteem*. Psicología Educativa, 22 (1), S. 61–70, doi:10.1016/j.pse.2016.01.002.

Whitney, I./Smith, P. K. (1993). *A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools*. Educational Research, (35), S. 3–25, doi:10.1080/0013188930350101.

World Health Organization (2014). *Health behavior in school-aged children: World Health Organization collaborative cross-national survey*. Retrieved September 30, 2018. https://www.who.int/en (09.09.2019).

Wolke, D./Woods, S./Bloomfield, L./Karstadt, L. (2000). *The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, (41), S. 989–1002, doi:10.1111/1469-7610.00687.

5 Was brauchen Burn-out-Kids?

Werte, Ziele und Belastungserleben von gesunden und psychosomatisch erkrankten Jugendlichen

SOPHIA HILLERT; SILKE NAAB; MARION MEYEROLBERSLEBEN; ANDREAS HILLERT

Psychische Störungen bei Jugendlichen haben in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen. Viele Jugendliche erleben eine hohe Stressbelastung, nicht wenige fühlen sich ausgebrannt. Ausgehend von Untersuchungen gesunder und psychisch erkrankter Jugendlicher geht dieser Beitrag der Frage nach, auf welche Weise belasteten Jugendlichen am besten geholfen werden kann. Entgegen der häufig geäußerten Vermutung, wonach Jugendliche möglichst „nicht unter Druck" gesetzt und entlastet werden sollen, erleben sich gerade die maximal entlasteten Jugendlichen, also diejenigen, die keine konkreten beruflichen Ziele haben und „Spaß im Beruf" als zentralen Wert im Leben angeben, als die erschöpfteste und in diesem Sinne belastetste Gruppe. Die folgenden Auswertungen zeigen: Weniger Entlastung und stattdessen eine Realitätsanpassung und Konkretisierung von Werten und Zielen sind notwendig, um die psychische Gesundheit von Jugendlichen wirksam zu stärken.

5.1 Hintergrund: Gesellschaft im Wandel – Jugend im Stress

Der sich aktuell vollziehende Wandel von Gesellschaft, Arbeits- und Lebenswelt ist für viele – ohne, dass Statistiken bemüht werden müssen – unmittelbar spürbar und offensichtlich: Er äußert sich in Globalisierung, Beschleunigung, Wertewandel sowie exponentiellem Zugewinn an Freiheitsgraden, einhergehend mit einem Verlust von sozialen wie materiellen Sicherheiten. Die sich in und um diese Entwicklungen vollziehenden Phänomene nur als „Hintergrund" zu bezeichnen, wäre euphemistisch. Ihre möglichen Ursachen und Folgen werden in den westlichen Post-Industrienationen ubiquitär diskutiert: angefangen bei den diversen, sich mit Fragen und Problemen der Gegenwart auseinandersetzenden Wissenschaften (Sozialwissenschaften, Philosophie, Psychologie, Medizin, Medienwissenschaften, Arbeits- und Wirtschafts-

wissenschaften) über die Medien bis hin zu Konfliktgesprächen mit Lehrkräften bei Elternsprechtagen und Pausengesprächen auf Schulhöfen. Die erhebliche Stressbelastung (auch) von Jugendlichen ist durch mehrere repräsentative Untersuchungen dokumentiert (zusammenfassend vgl. Lohaus et al., 2004). Gleiches gilt für den sukzessiven Anstieg psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (nicht aber bei Erwachsenen!) in den vergangenen Jahrzehnten. So wurde 2006 bei 4,6 % der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen die Diagnose einer Depression gestellt, 2016 waren es bereits 7,6 %. Mehr als ein Drittel aller Jugendlichen leidet demnach heute unter einer psychischen Erkrankung (vgl. BEK, 2018). Dass dies von erheblicher gesellschaftlicher Relevanz ist, ergibt sich quasi aus sich selbst heraus. Psychische Probleme in Kindheit und Jugend erschweren bis verhindern eine gesunde psychosoziale und soziale Entwicklung. Die Wahrscheinlichkeit, dass aus kranken Kindern gesunde, leistungsfähige und Sozialabgaben zahlende Erwachsene werden, ist relativ zur Prognose gesunder Kinder bzw. Jugendlicher gering. Damit einher geht die Frage, wie viel Therapie bzw. soziale Unterstützung sich eine Leistungsgesellschaft, die sich notorisch unter Optimierungsdruck befindet und gefühlt an den Grenzen des Machbaren angekommen ist, perspektivisch leisten kann und leisten will (vgl. Hillert, 2019).

5.1.1 Lösungsansätze: aktuelle Diskussion

Was muss einerseits auf Systemebene, andererseits auf individueller und therapeutischer Ebene getan werden, um überlasteten und/oder bereits psychisch erkrankten Jugendlichen zu helfen? Egal, welche Dimension man betrachtet, die Antworten, die aktuell in den Medien wie in der Fachliteratur diskutiert werden (vgl. z. B. Schulte-Markwort, 2015), sind einander ähnlich und dabei wenig optimistisch, was deren Umsetzungswahrscheinlichkeit anbelangt. Besonders prominent und öffentlichkeitswirksam kommt dies im Buch „Burnout-Kids“ des Kinder- und Jugendpsychiaters Schulte-Markwort (2015) zum Ausdruck, der darin „ausgebrannte“ Jugendliche vorstellt; ausgebrannt durch überzogene Erwartungen von Familie und Schule bei gleichzeitig unzureichender Unterstützung. Diese Betroffenen in ihrer Situation und ihrem Leid zu verstehen und den Druck von ihren Schultern zu nehmen, um ihnen so die Möglichkeit zur Genesung zu geben, sollte ein zentrales Ziel gesellschaftlicher und therapeutischer Bemühungen sein.

Empirische Untersuchungen zu den Werten von Jugendlichen gibt es eine ganze Reihe (vgl. Kap. 5.1.2); Studien, die diese Werte konkret auf die individuellen Ziele der Befragten bezüglich ihrer Lebensgestaltung und ihres Berufs beziehen, sind hingegen rar. Das überrascht insofern, als sich die oben skizzierte, allgemein angenommene Überlastung der Befragten eben darin spiegeln müsste. Hohe individuelle Leistungsziele, die wiederum mit massivem Erschöpfungs- und Überforderungserleben einhergehen, wäre das, was man im Sinne von Schulte-Markwort (2015) erwarten würde. Untersuchungen bei manifest psychisch erkrankten Jugendlichen liegen bisher nicht vor. Beides – im Sinne erster Ergebnisse – wird im vorliegenden Beitrag vorgestellt.

5.1.2 Werte und Ziele von Jugendlichen: eine Frage der Perspektive und der Methodik?

Das Thema „Werte und Ziele“ im psychologischen Kontext ist perspektivisch sehr offen. Werte und Ziele, jenseits dessen, was als „Grundemotionen“ mehr oder weniger eindeutig definierbar ist, spiegeln im sozialen Kontext zum einen tradierte Aspekte wider, die zum anderen jeder Mensch durch die individuelle Brille als für sich gültig adaptiert. Ob entsprechende Werte, die z. B. auf Fragebögen angekreuzt bzw. in Interviews aufgeführt wurden, dann tatsächlich praktiziert werden, hängt dann – worauf extensive Forschungen verweisen – wiederum von den jeweiligen konkreten Kontexten ab.

Die Werte und Ziele Jugendlicher wurden bisher und werden weiterhin unter verschiedenen Perspektiven erforscht. Eine Leitfrage war und ist dabei die nach dem Generationenwechsel: Haben Jugendliche (noch) die gleichen Werte wie ihre Eltern oder aber neue, gewissermaßen „Jugendwerte“? Je nach Formulierung der Frage konnte empirisch beides gefunden bzw. bestätigt werden, wobei viele jüngere Studien nahezulegen scheinen, dass die Werte der Jugend recht traditionell sind: Geäußerte Werte wie Freundschaft und Familie, Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Naturschutz, Offenheit Ausländern und allem Neuen gegenüber können hier anderslautenden Befürchtungen entgegengesetzt werden, wie sie oft unter der Überschrift: „Generation Y und Z“ in Wissenschaft und Medien thematisiert werden (vgl. Albert et al., 2015; Calmbach et al., 2016; Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit, 2018).

Die im Folgenden referierte Studie erhebt nicht den Anspruch, in dieser methodisch freischwebenden Wertediskussion neue Akzente zu setzen. Vielmehr geht es ausschließlich darum herauszufinden, welche Lebensperspektiven die Befragten vorrangig anstreben: berufliche Karriere, Geldverdienen, Freunde und Familie oder Lebensqualität. Da alle diese Aspekte in der öffentlichen Diskussion positiv belegt sind (mit kontextabhängig unterschiedlicher Gewichtung), kann davon ausgegangen werden, dass die Bitte, diese entsprechend der persönlichen Präferenz zu benennen („Wie wichtig sind dir/Ihnen …“), nicht primär erwünschtes Antwortverhalten spiegelt. Jedem dieser Ziele sind wiederum Werte bzw. Wertaspekte immanent. Auf die Frage nach allgemein als Leitwerte akzeptierten Aspekten (Ehrlichkeit, Verlässlichkeit etc.) wurde in der Erhebung aus genannten Gründen – der hohen Wahrscheinlichkeit sozial-erwünschter bzw. ein positives Selbstbild spiegelnder Antworten, die methodisch nicht differenzierbar sind – verzichtet. Sinn und Zweck der hier referierten Studien war es somit nicht, generalisierbare Aussagen über die „Jugend“ relativ zu anderen Generationen zu treffen, sondern individuell werthaltige Perspektiven abzubilden und zu gewichten, im Sinne einer Selbstverortung der Befragten im Spektrum möglicher lebensperspektivischer Ausrichtungen.

5.2 Methodik

Ausgehend von den dargelegten Überlegungen wurde ein kurzer, im Rahmen des Schulunterrichtes einsetzbarer und in fünf bis zehn Minuten zu bearbeitender Fragebogen konzipiert. Neben den üblichen soziodemografischen und schulischen Daten (Jahrgangsstufe etc.) wurden schulische und darüber hinausgehende Ausbildungsziele erfragt. Als Werte und Ziele galten die vier bereits oben skizzierten Aspekte „Berufliche Karriere“, „Geld verdienen“, „Freunde und Familie“, „Lebensqualität/Spaß“ (vgl. Abb. 5.1). Zudem wurde konkret nach den nach der Schulzeit anvisierten Zielen gefragt (z. B. eine Ausbildung anschließen, studieren, weiß ich noch nicht).

Ergänzend dazu wurde das Interesse für Politik und Wirtschaft erfragt, als Indikatoren für eine engere bzw. weitere sozial-perspektivische Orientierung. Das Belastungserleben wurde zum einen mit offenen Fragen, ausgehend von zuvor durchgeführten freien Interviews, erfasst. Zum anderen wurde der „Stress- und Burn-out-Fragebogen für Studenten“ aus einer Berliner Evaluationsstudie von Wörfel et al. (2015) in einer für Schülerinnen und Schüler adaptierten Version eingesetzt.

Die Daten wurden in eine SPSS-Datenmaske eingelesen und deskriptiv sowie im Gruppenvergleich mit einer Varianzanalyse ausgewertet.

5.3 Ergebnisse

Das Projekt begann 2016 mit der Befragung von Schülerinnen und Schülern eines bayerischen Gymnasiums, ergänzend wurden dann Studierende einer Fachakademie für Sozialberufe untersucht. Parallel dazu erfolgte die Befragung von in stationärer psychosomatischer Behandlung befindlicher Jugendlicher. Nach Abschluss und Auswertung einer ersten Erhebung wird aktuell eine Verlaufsuntersuchung bei erkrankten Jugendlichen durchgeführt zur Frage, inwieweit Werte und Ziele als Prädiktoren des Therapieverlaufes relevant sind. Aktuell liegen Daten aus folgenden Projektschritten vor:

- 1. Erhebung (2016): Schülerinnen und Schüler eines bayerischen Gymnasiums. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 200 Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (5.–10. Klasse) im Rahmen eines internen Schulprojektes befragt: 43 % Schülerinnen, 57 % Schüler, mit einem Durchschnittsalter von 15,2 Jahren (vgl. Hillert et al., 2018).
- 2. Erhebung (2017): Studierende einer Fachakademie. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 256 Studierende (davon 90,6 % weiblich), Durchschnittsalter 20,2 Jahre, einer bayerischen Fachakademie, Schwerpunkt Sozialberufe, befragt (vgl. Hillert et al., 2019).
- 3. Erhebung (2017–2018): Jugendliche, psychosomatische Patientinnen und Patienten der Schön Klinik Roseneck. Entsprechend dem Behandlungsschwerpunkten der Klinik waren unter den 238 Befragten überwiegend Mädchen bzw. weibliche Jugendliche (90,7 %). Behandlungsdiagnosen: 70,4 % Essstörungen, darunter wiederum mehrheitlich (79,4 %) Anorexia nervosa. 17,2 % der Befragten wurden aufgrund einer depressiven Störung (ICD-10 F32 oder F33) oder Zwangsstörung behandelt. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten betrug 16,3 Jahre (vgl. Hillert, in Vorbereitung).

5.3.1 Werte und Ziele von Jugendlichen

Betrachten wir zunächst die Ergebnisse der gesunden bzw. nicht-klinischen Gruppe. Diese sind durch alle Altersgruppen und geschlechtsunabhängig identisch; demnach rangiert „Spaß im Beruf" deutlich vor „Familie und Partnerschaft". Erfolg folgt wiederum deutlich dahinter und Geld bzw. „Geld verdienen" bildet das Schlusslicht der Lebensziele insgesamt, wobei die schon näher am Beruf stehenden Fachakademie-Studierenden das Geldverdienen als deutlich wichtiger einstuften als die Gymnasiastinnen und Gymnasiasten.

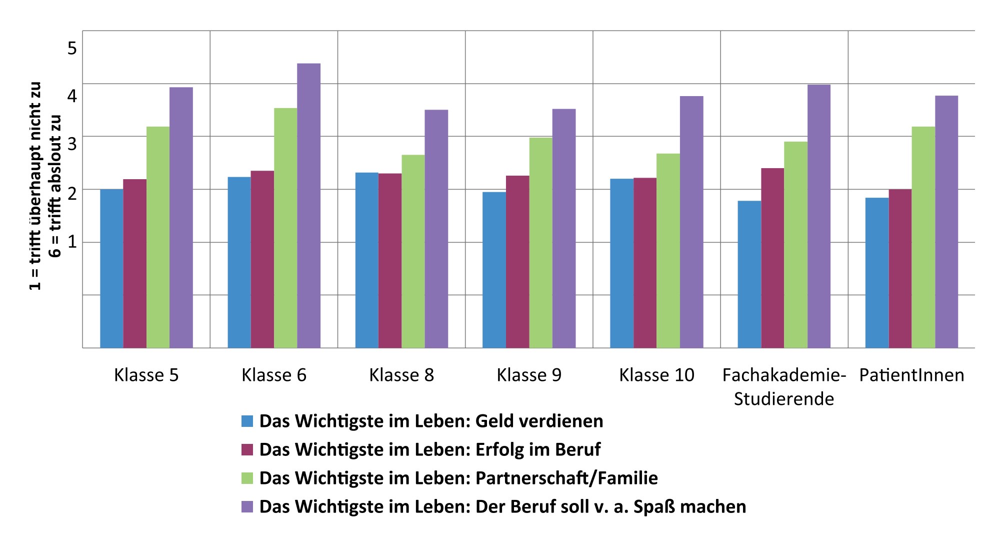


Abb. 5.1: Geäußerte Werte (im Sinne von zentralen Lebensfragen) von Schülerinnen/Schülern eines bayerischen Gymnasiums (5.–10. Jahrgangsstufe), von Studierenden einer Fachakademie sowie psychosomatisch erkrankten Jugendlichen

Die hier dokumentierte Werte/Ziel-Reihenfolge lässt sich sozialwissenschaftlich und historisch erklären. In einer Gegenwart und einem sozialen Umfeld (hier: Oberbayern), wo materielle Bedürfnisse unmittelbar befriedigt werden können, ist der letzte Rang für „Geld verdienen" erwartbar. Dass beruflicher Erfolg insgesamt niedrig scort, mag mit Blick auf politische Aspekte (Globalisierung, Kampf um das Bruttosozialprodukt) bedenklich erscheinen. Bezogen auf die jugendlichen Befragten spiegelt das Ergebnis mutmaßlich primär ihre Erfahrungen mit beruflich eingebundenen, zeitlich limitierten Erwachsenen wider, die offenbar selbst unter „zu viel Stress"

leiden und sich angesichts von „Burn-out-Gefahr“ um Abgrenzung bemühen. Die entsprechende Wertehierarchie der Jugendlichen vollzieht eben dies konsequent – noch vor dem Eintritt ins Berufsleben. Dass die individuelle Dimension „Spaß im Beruf“ noch klar vor dem Wert von Freundeskreis und Familie rangiert, erstaunt nicht – etwa mit Blick auf die Ergebnisse des World Value Survey (vgl. World Value Survey, 2019) –, spiegelt dies doch geradezu exemplarisch die unsere Gesellschaft auszeichnenden einerseits „weltlich-rationalen“ Werte und andererseits „Selbstdarstellungswerte“ wider.

Inhaltlich stimmig zu der hier dargelegten Werte-Reihenfolge sind sich viele Jugendliche bzgl. ihrer beruflichen Ziele im Unklaren. 57 % wissen noch nicht, was sie nach der Schule machen möchten, 19,35 % geben an, eine Ausbildung beginnen zu wollen, und 23,65 % können einen konkreten Studienwunsch benennen. Von den Studierenden der Fachakademie gaben immerhin 47,2 % an, sich noch nicht im Klaren zu sein, in welchem Beruf sie perspektivisch langfristig tätig sein wollen. Dies trotz der Tatsache, dass der Besuch einer Fachakademie eine bestimmte berufliche Ausrichtung bereits impliziert. Wie in Kap. 5.2 dargelegt, geht es hier jedoch nur um die deskriptive Erfassung von werthaltigen Lebenszielen, nicht um eine (Be-)Wertung – für die es im historischen Wandel ohnehin keine objektiven Kriterien gäbe. Ein Wert ist in diesem Sinne so gut, wie er einem Individuum und der Gesellschaft, in der es lebt, ein Leben mit möglichst hoher Lebensqualität ermöglicht.

5.3.2 Wie belastet sind Jugendliche?

Der Burn-out-Fragebogen für Studierende und Schülerinnen/Schüler misst mit Fragen wie „*Die Teilnahme am Unterricht bedeutet eine Belastung für mich*“ das subjektive Belastungserleben (vgl. Abb. 5.2). Vergleicht man (zunächst die Gesunden) die in der Berliner Evaluationsstudie von Wörfel et al. (2015) befragten Studierenden mit den im Rahmen dieser Studie erhobenen Kollektiven, ergibt sich, dass die Gymnasiastinnen/Gymnasiasten bzgl. Erschöpfung, Bedeutungsverlust und reduzierten Wirksamkeitserlebens die deutlich belastetste Gruppe sind. Die Fachakademie-Studierenden schneiden ähnlich und graduell besser ab als die Studierenden der Berliner Studie. Demnach erleben sich auch gesunde Schülerinnen und Schüler subjektiv als in hohem Maße belastet und „ausgebrannt“ und wären – wenn man das dem

Burn-out-Fragebogen zugrunde liegende Konstrukt als Grundlage nimmt – eine der belastetsten Gruppen unserer Gesellschaft überhaupt.

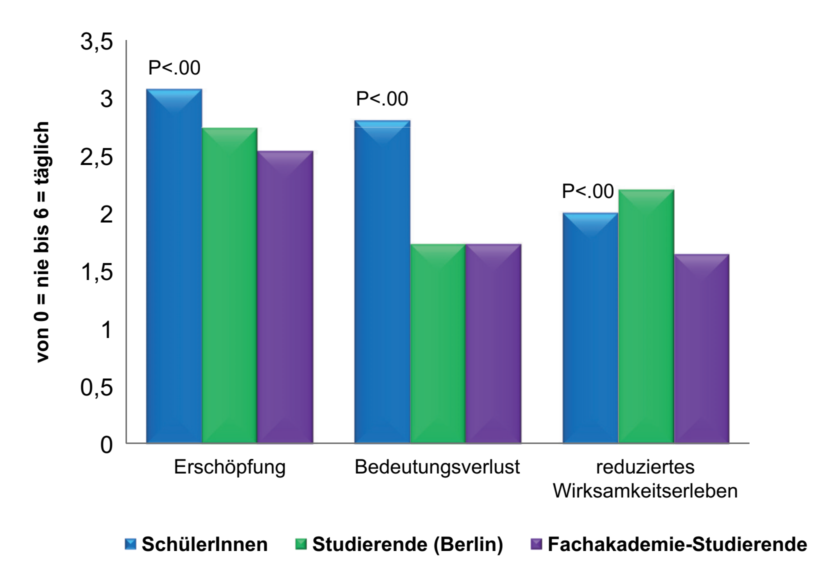


Abb. 5.2: Die drei Faktoren des „Burn-out-Erlebens“ von Schülerinnen/Schülern, Studierenden der Berliner Evaluationsstudie und Fachakademie-Studierenden im Vergleich

Korreliert man bei Gesunden die Ergebnisse zu Werten/Zielen und den Aspekt der gegebenen bzw. unklaren beruflichen Orientierung jeweils mit dem Belastungserleben – gemessen mit dem Burn-out-Fragebogen –, dann ergibt sich das in Abb. 5.3 angeführte Bild. Schülerinnen und Schüler mit klaren Zielen bezüglich ihrer beruflichen Perspektive erleben sich als am wenigsten belastet; Schülerinnen und Schülern, die „weiß ich nicht“ angeben, also noch keine konkret-verbindlichen Ideen bzgl. ihrer beruflichen Zukunft haben, geht es am schlechtesten: Sie fühlen sich durch die Schule signifikant „ausgelaugter“ und „ausgebrannter“ als Schülerinnen und Schüler mit klaren Berufszielen.

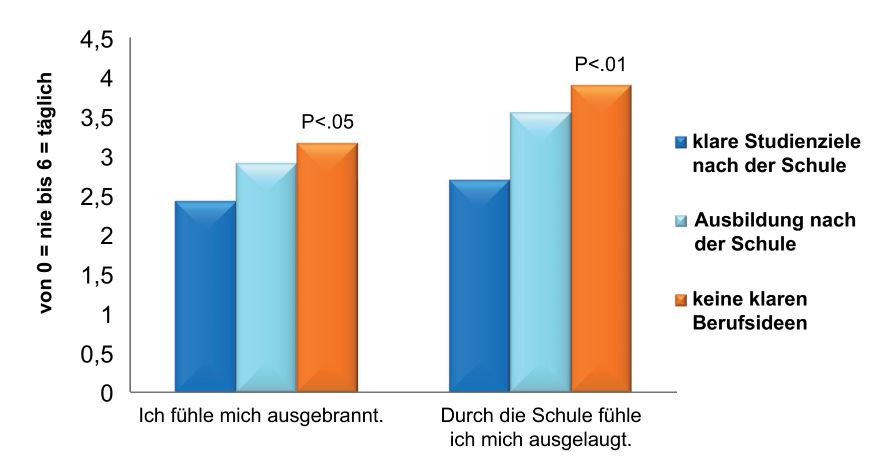


Abb. 5.3: Belastungs- und Burn-out-Erleben von Schülerinnen/Schülern, die nach der Schule eine Ausbildung anstreben, Schülerinnen/Schülern, die konkrete Berufsziele haben, und Orientierungslosen im Vergleich

5.3.3 Wie krank sind psychisch bzw. psychosomatisch erkrankte Jugendliche?

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Ergebnisse der gesunden Jugendlichen und jungen Erwachsenen betrachtet wurden, wollen wir nun auf die ebenfalls mit dem Burn-out-Fragebogen untersuchte Gruppe der Klinik-Patientinnen und Patienten eingehen. Die Hypothese, dass bei Letzteren „alles anders ist", liegt nahe: Schließlich handelt es sich um schwerkranke, ambulant nicht ausreichend behandelbare Menschen, die oft monatelang krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage waren, eine Schule zu besuchen und dementsprechend deutlich weiter von den für gesunde Jugendliche anstehenden Lebensentscheidungen entfernt sind.

So naheliegend solche Überlegungen scheinen, die Ergebnisse gehen in die andere Richtung (vgl. Abb. 5.1): Demnach sind die Werte bzw. Ziele erkrankter Jugendlicher mit denen der Gesunden praktisch identisch. Auch hier geht es primär um Spaß im Beruf, gefolgt von Familie, Erfolg und ganz am Schluss Geldverdienen. Bei der weiteren Auswertung wurden zudem die beiden häufig vertretenen Diagnosegruppen Essstörungen und Depression differenziert (vgl. Abb. 5.4). Dabei zeigt sich, dass sich aufgrund einer Depression behandelte Jugendliche signifikant erschöpfter, mit höherem Bedeutungsverlust und dem geringsten Wirksamkeitserleben erleben

als Jugendliche mit Essstörungen. Diese Aspekte entsprechen de facto auch den Diagnosekriterien der Störung. Essstörungspatientinnen und -patienten unterscheiden sich bezüglich ihres Erschöpfungserlebens hingegen kaum von ihren gesunden Altersgenossen, was unter Berücksichtigung des Schweregrads der Erkrankung überrascht. Der objektiv hohe Grad der Beeinträchtigung spiegelt sich offenbar kaum im Selbsterleben der Aspekte Erschöpfung und Bedeutungsverlust wider.

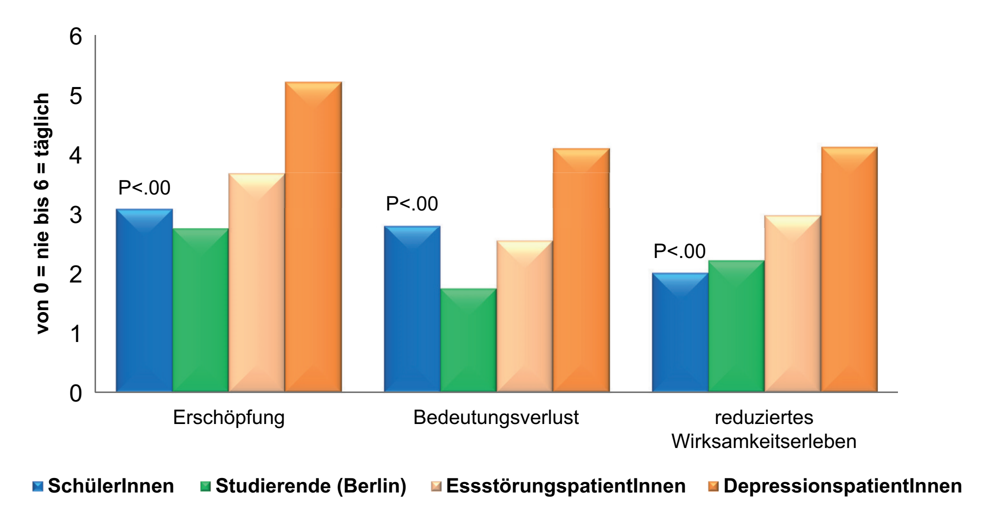


Abb. 5.4: Erlebte Burn-out-Faktoren im Vergleich bei Schülerinnen/Schülern, Studierenden sowie an Essstörung und an Depression erkrankten Jugendlichen

Stellt man sowohl bei den gesunden als auch den erkrankten Jugendlichen diejenigen, die berufliche Ziele angeben können, denen gegenüber, die diesbezüglich „weiß nicht“ geantwortet haben, wird erneut die Relevanz dieses Aspektes deutlich (vgl. Abb. 5.5), wobei dieser Effekt bei den Patientinnen/Patienten denjenigen bei Gesunden übersteigt: Am mit Abstand belastetsten bzw. ausgebranntesten sind Patientinnen/Patienten, die keine Idee bzgl. ihrer beruflichen Zukunft haben. Was bei Gesunden schon deutlich wird, zeigt sich hier in gewissermaßen noch belasteteren und höheren Dimensionen.

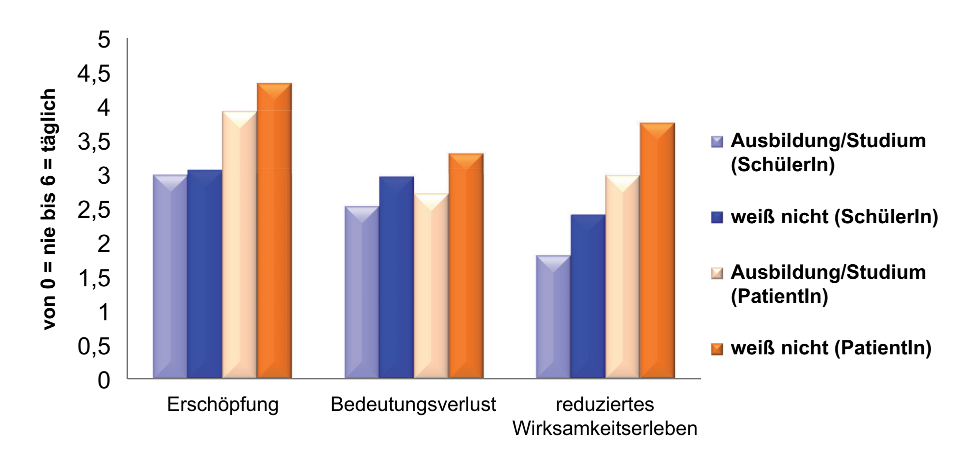


Abb. 5.5: Auswirkung von Zielen auf die Burn-out-Faktoren bei Schülerinnen/Schülern und jugendlichen Patientinnen/Patienten

Ähnliche Ergebnisse finden sich bezogen auf konkrete, unterrichtsbezogene Aspekte wie die selbst eingeschätzte Fähigkeit, Probleme lösen zu können, bzw. den Unterricht als Belastung zu erleben: Patienten fühlen sich diesbezüglich belasteter als gesunde Jugendliche. Am schlechtesten geht es den Patientinnen und Patienten, die keine beruflichen Ziele haben bzw. benennen können.

5.3.4 Das Wichtigste im Leben: Spaß

Dass der „Spaß im Beruf" über alle befragten Gruppen hinweg den höchsten Wert darstellt, wäre für sich genommen ein erfreuliches Ergebnis. Zu bedenken ist jedoch, dass gerade die Jugendlichen – gesunde wie erkrankte –, die diesbezüglich Höchstwerte angeben (5 oder 6 auf einer Skala von 1–6), sich andererseits auch als am erschöpftesten und ausgebranntesten erleben. Sie empfinden u. a. die Teilnahme am Unterricht als deutlich größere Belastung (vgl. Abb. 5.6) als Altersgenossen, bei denen der Spaß im Beruf nicht ganz so hoch angesiedelt ist. Bei Patientinnen/Patienten ist die Diskrepanz zwischen Spaß-Befürwortern und denen, die Spaß im Beruf als nicht so wichtig erachten, hinsichtlich des Belastungs- und Erschöpfungserlebens besonders stark ausgeprägt. Das heißt, erkrankte Jugendliche, die (absehbar überzogene) idealistisch-unverbindliche Vorstellungen von dem haben, was später im Leben auf sie zukommt, haben ihrem Erleben nach praktisch keine Energie, um ihre

Symptomatik zu bewältigen und erst recht nicht, um sich auf den (beschwerlichen) Berufsweg zu machen.

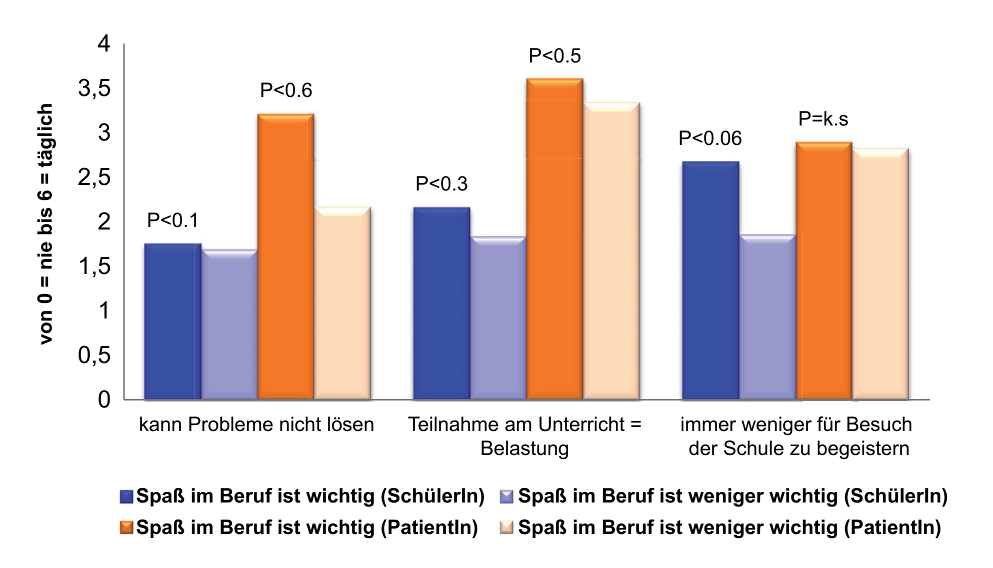


Abb. 5.6: Auswirkungen des Wertes „Spaß im Beruf“, wenn dieser höchste Priorität hat (bei Schülerinnen/Schülern und jugendlichen Patientinnen/Patienten im Vergleich)

5.4 Diskussion und Ausblick

Wie kann man Jugendliche, gesunde wie psychisch erkrankte, darin unterstützen, besser mit den Stressbelastungen des Schulalltages und ihrem in der Pubertät auch ansonsten stressreichen Leben umzugehen? Wie werden Burn-out-Kids – *präventiv und therapeutisch wirkungsvoll* – zu aktiv ein gesundes Leben gestaltenden Jugendlichen? Die Leitfragen der vorgestellten Studie sind derart komplex, dass sie zwar nicht abschließend und umfassend beantwortet werden können. Die Idee, dass Jugendlichen durch Entlastung (zumal Entlastung von der Aufgabe, sich selbst eine konkrete und verbindliche Lebens- und Berufsperspektive zu definieren) geholfen werden kann, erscheint angesichts der Ergebnisse jedoch hochgradig fraglich.

Stressbewältigungskurse für Kinder und Jugendliche können Spaß machen und sind – in umschriebenen Situationen – etwa vor und während einer Klassenarbeit sinnvoll, denn hier geht es um die Selbstkompetenz bzw. darum, mit akutem Stress

umgehen zu können. In einer dynamischen, an sich bereits orientierungslosen postmodernen Zeit (vgl. Hillert, 2019) keine Ziele zu haben, mag ein punktuell stressreduzierender Faktor sein: *„Du bist ja noch so jung, lass dir Zeit. Nach dem Abi erst mal ein Jahr ausspannen, dann sehen wir schon …"* etc. Dass eine solche auch von wohlmeinenden Eltern und Therapeuten vermittelte Einstellung jedoch dauerhaft nicht hilfreich und langfristig sogar kontraproduktiv ist, lässt sich aber an den vorgestellten Daten klar ablesen. Wer den situationsüberdauernden Stress von Jugendlichen relevant und tragfähig reduzieren will, sollte mit ihnen daran arbeiten, sich konkrete und verbindliche Perspektiven zu erarbeiten. Es ist dabei nicht wichtig, ob die im betreffenden Alter formulierten Ziele dann tatsächlich irgendwann erreicht werden oder nicht. Der Faktor, entsprechende Ziele *zu haben*, ist entscheidend für das aktuelle Wohlbefinden, für das reduzierte Belastungserleben und damit absehbar für die Leitungsfähigkeit, um die jeweils anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Der letztgenannte Punkt ist mit Blick auf die Patientinnen und Patienten besonders wichtig: Wenn diese (trotz der Erkrankung) keine weitergehenden Lebensperspektiven haben, besteht die Gefahr, dass eben die Erkrankung zum Lebensinhalt und Identifikationskriterium wird („meine Essstörung", „meine Zwänge"), sodass eine Therapie, die eine Überwindung eben dieser Störungen bzw. Erkrankungen anstrebt, immer schwieriger bis unmöglich wird, weil dies quasi mit einem Identitätsverlust einhergehen würde.

Die perspektivischen Implikationen der vorgelegten Studie sind weitreichend, was die Wahrscheinlichkeit, dass sie unbeachtet bleiben, erhöht. Das betrifft u. a. die Implikationen für das Burn-out-Konstrukt (vgl. Korczak et al., 2010): Im Sinne eines „Batteriemodells" („Je länger und schwerer man arbeitet, um so mehr Energie verbraucht man, solange, bis man ausgebrannt ist!") wird oft implizit davon ausgegangen, dass langfristige Überarbeitung, zumal in als aversiv erlebten Tätigkeiten, zu einem diagnoseäquivalenten Störungsbild führt, das im ICD-11 versuchsweise als „chronischer Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich verarbeitet wird" beschrieben wird. Dass aber gerade Gymnasiastinnen/Gymnasiasten die ausgebrannteste Gruppe sind, zeigt, dass es de facto so, wie im Batteriemodell angenommen, nicht sein kann. Burn-out-Fragebögen messen Konstellationen, die weniger „Energieverlust" als vielmehr „Frustration" und gefühlt niedriges Wirksamkeitserleben (oder auch das Erleben von „Gratifikationskrisen") abbilden. Letztlich bleibt Burn-out-Erleben ein subjektives Störungsmodell, mit Unschärfen in alle Richtungen (wie auch

die hier präsentierten Daten, die in Richtung depressiver Störungen zeigen). Jede darüber hinausgehende Festlegung mag Bedürfnissen von bestimmten Gruppen entsprechen, wissenschaftlich gesehen bleiben solche Festlegungen jedoch freischwebend bzw. mehr sozialwissenschaftlich als psychologisch bzw. psychopathologisch relevant.

Abschließend kann, was die hohe Stressbelastung und zunehmende Häufigkeit psychischer Störungen bei Jugendlichen anbelangt, Folgendes festgehalten werden: Es ist absolut sympathisch, wenn sich Erwachsene, die sich selbst graduell als „ausgebrannt“ erleben, Jugendliche vor diesem Schicksal schützen wollen, indem sie diese entlasten. Kurzfristig werden Kinder und Jugendliche die Fürsorge zu schätzen wissen, langfristig wird es aber absehbar zu einer schweren Hypothek. Bezogen auf die Schule, in diesem Fall ein Gymnasium, muss konstatiert werden, dass die aktuellen Bausteine zur Berufsorientierung die Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler schlicht nicht erreichen. Dieses Thema müsste erheblich gewichtiger im Lehrplan und in den Köpfen aller Beteiligter verankert werden als bisher. Gleiches gilt für an schweren, chronischen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen leidenden Jugendliche: Hier auf die Heilung zu warten, um sich dann der Frage, was danach lebensperspektivisch kommen soll, zuzuwenden, ist absehbar leider der falsche Weg. Die vorliegenden Befunde legen nahe: Es ist durchaus angemessen und – von Extremzuständen depressiver Patientinnen und Patienten abgesehen – auch zumutbar, dieses Thema therapiebegleitend und (wenn möglich) therapieleitend zu verfolgen. Weitere Forschung ist notwendig – dieser in der wissenschaftlichen Literatur ubiquitäre Satz gilt selbstverständlich auch hier. Die Autoren machen sich derweil auf den Weg (aktuell mit einer Langzeitstudie, die Werte/Ziele und Therapieverlauf korreliert) und freuen sich über Kommunikation und Kooperationen.

Literatur

Albert, M./Hurrelmann, K./Quenzel, G. (2015). *Jugend 2015. 17. Shell Jugendstudie*. Frankfurt am Main: Fischer.

BEK – Barmer Ersatzkrankenkasse (2018) (Hrsg.). *Arztreport 2018.* https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztreporte/barmer-arztreport-2018-144304 (20.08.2019).

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (Hrsg.) (2018). *Zukunft? Jugend fragen! Nachhaltigkeit, Politik, Engagement – eine Studie zu Einstellungen und Alltag junger Menschen.* Berlin.

Calmbach, M./Borgstedt, S./Borchard, I./Thomas, P. M. et al. (2016). *Wie ticken Jugendliche? Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland*. Heidelberg: Springer.

Hillert, A. (2019). *Gebrauchsanweisung für das Leben in der Postmoderne*. Stuttgart: Schattauer/ Klett-Cotta.

Hillert, S./Meyerolbersleben, M./Naab, S. (2019). *Wer erlebt sich als besonders belastet? Werte, Ziele und Belastungserleben von Schülerinnen und Schülern eines bayerischen Gymnasiums*. Das Gymnasium in Bayern, (3), S. 21–26.

Hillert, S./Wörfel, F./Weiß, S. (2018). *Belastungs- und Burnout-Erleben von SchülerInnen der 5.–10. Klasse eines bayerischen Gymnasiums.* Prävention und Rehabilitation, 30 (3), S. 83–90.

Korczak, D./ Kister, Ch./Huver, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI.* Schriftenreihe: Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, Bd. 105.

Lohaus, A./Beyer, A./Klein-Heßling, J. (2004). *Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen.* Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, (36), S. 38–46.

Schulte-Markwort, M. (2015). *Burnout-Kids – Wie das Prinzip Leistung unsere Kinder überfordert*. München: Pattloch.

Wörfel, F./Gusy, B./Lohmann, K./Kleinber, D. (2015). *Validierung der deutschen Kurzversion des Maslach-Burnout-Inventars für Studierende*. Z Gesundheitspsychol., (23), S. 191–196.

World Values Survey (2019). http://www.worldvaluessurvey.org (29.09.2019).

6 Psychische Gesundheit bei Erwerbstätigen

RALF STEGMANN; WIEBKE WRAGE

Der vorliegende Beitrag zeigt auf, wie Betriebe die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung von psychischer Gesundheit von Erwerbstätigen durch ein integriertes Vorgehen aus Prävention, Früherkennung und Wiedereingliederung unterstützen können. Es wird ein kurzer Überblick zu dem Einfluss von Arbeitsbedingungen auf die psychische Gesundheit gegeben. Interventionen zur Aufklärung und Sensibilisierung sowie Maßnahmen, die einer Stigmatisierung entgegenwirken, werden vorgestellt. Der Schwerpunkt des Beitrags liegt bei der Stärkung der psychischen Gesundheit und beim Umgang mit beginnenden oder bereits fortgeschrittenen psychischen Beeinträchtigungen bzw. einem professionell organisierten Return-to-work-Prozess nach einer psychischen Krise. Es wird insbesondere die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb beschrieben, als Beispiel einer Intervention, die sowohl primär- als auch sekundär- und tertiärpräventiv eingesetzt werden kann, dabei aber sinnvollerweise nur ein Baustein eines integrierten Vorgehens darstellen sollte.

6.1 Einführung

Die Erwerbstätigkeit kann einen positiven Beitrag zur psychischen Gesundheit leisten, indem sie z. B. den Alltag strukturiert, Sinn stiftet und für soziale Kontakte sorgt (vgl. Kap. 7 zu Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit). Nichtsdestotrotz können Arbeitsbedingungen auch einen Anteil an der Entstehung, Verstärkung oder Verstetigung einer psychischen Erkrankung haben. Der Arbeitsplatz ist ein Ort, an dem gesunde und bereits beeinträchtigte Beschäftigte für gesundheitsförderliche Maßnahmen erreicht werden können und an dem mit psychischen Erkrankungen umgegangen werden muss. Der aktuelle DAK-Psychoreport 2019 zeigt, dass im vergangenen Jahr jede/r 18. Beschäftigte wegen einer psychischen Erkrankung vorübergehend arbeitsunfähig war. Die Anzahl der Fehltage aufgrund von Depressionen und Angststörungen hat sich in den letzten 20 Jahren verdreifacht. Obwohl ein Teil dieses Anstiegs auf einen offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen zurückgeführt wird, geht man davon aus, dass sich die Situation in Betrieben anders dar-

stellt und psychische Erkrankungen dort noch immer vorwiegend tabuisiert werden (vgl. DAK Gesundheit, 2019). Psychische Erkrankungen sind für mehr als ein Zehntel der Fehlzeiten in Deutschland verantwortlich und stehen damit an dritter Stelle hinter Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie Atemwegserkrankungen. Die durchschnittliche Falldauer war 2017 bei psychischen Erkrankungen mit etwa 26 Tagen mehr als doppelt so lang wie die durchschnittliche Falldauer von fast 12 Tagen über alle Erkrankungsarten hinweg (vgl. Meyer et al., 2018, S. 331). Psychische Erkrankungen sind außerdem die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Erwerbsminderungsrenten (vgl. DRV Bund, 2018, S. 104 f.).

Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten infolge von psychischen Erkrankungen, ein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden und eine mögliche Frühverrentung aus gesundheitlichen Gründen belasten die Betroffenen ebenso wie die Betriebe und die Gesellschaft. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Betriebe beginnen, sich intensiver dem Thema psychische Gesundheit zu widmen. Gleichwohl wird immer wieder eine große Handlungsunsicherheit in Unternehmen im Umgang mit dem Thema signalisiert. Dies zeigen vor allem qualitative Studien in dem Bereich (vgl. Stegmann/Schröder, 2018; Freigang-Baur/Gröben, 2011).

Wer die psychische Gesundheit der Beschäftigten stärken will, der muss sich mit dieser Unsicherheit auseinandersetzen und diese im Unternehmen zum Thema machen. Das bedeutet, sich dem Tabu zu stellen, Ängste und Befürchtungen zu überwinden, Vorurteile abzubauen und aktiv zu werden. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit – insbesondere psychische Gesundheit – wird als eine relevante Ressource verstanden, die es Menschen erlaubt, ein individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen (vgl. WHO, 1986). Diese Beschreibung deutet an, dass Gesundheit multidimensional ist und nicht nur in der Verantwortung des Einzelnen liegt. Die Gesundheit des Einzelnen ist immer auch in Wechselwirkung mit seiner sozialen und ökonomischen Umwelt zu verstehen (vgl. Franzkowiak/Hurrelmann, 2018). Gesundes Verhalten ist „Lebensmut und Risikobereitschaft (…) – im Sinne von ‚Zugehen auf das Leben'" (Gangl, 2015, S. 03-6). Das gilt gleichermaßen für Einzelne wie für Unternehmen. Dabei muss zuallererst mit einem hartnäckigen Vorurteil umgegangen werden: Psychische Gesundheit sei Privatsache jedes Einzelnen. Wer als Arbeitgeber die psychische Gesundheit der Beschäftigten fördern und stärken will, der sollte die vorhandenen Möglichkeiten erkennen und

nutzen und sie nach und nach in ein schlüssiges Gesamtkonzept integrieren (vgl. LaMontagne et al., 2014).

In einem gesundheitsorientierten Unternehmen arbeiten Beschäftigte und Führungskräfte motiviert und leistungsfähig, gehen aber auch souverän mit Rückschlägen und Krisen um. Ein Gesundheitsmanagement wird dabei als strategisches Querschnittsthema in die betriebliche Ablauforganisation integriert. Schwerpunkte dieses Managements sind

1) eine Arbeitsgestaltung, die den Abbau vermeidbarer psychischer Belastungen fokussiert und die Stärkung von Ressourcen als die Person stärkende Faktoren oder zumindest als Möglichkeit, Belastungen zu reduzieren oder deren Folgen abzumildern, fördert.
2) ein achtsamer und nicht stigmatisierender Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen, um Überforderung, Krisen und Erkrankungen möglichst zu vermeiden bzw. frühzeitig zu erkennen.
3) eine Unternehmenskultur, die Führungskräfte und Fachkräfte befähigt, in kritischen Situationen frühzeitig und angemessen aktiv zu werden.
4) ein gutes Konfliktmanagement, das in schwierigen Situationen Mediation und Coaching ermöglicht.
5) sensibilisierte Beschäftigte, die fähig sind, Überlastungen und Überforderungssituationen rechtzeitig zu erkennen und bei Bedarf Hilfe suchen und annehmen können.
6) ein professionell organisierter Return-to-work-Prozess (RTW-Prozess) und ein entsprechendes Wiedereingliederungsmanagement nach einer psychischen Krise.

Die Stärkung der psychischen Gesundheit bei der Arbeit im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) umfasst und verknüpft dabei langfristig die Bereiche der Vorbeugung, der Früherkennung bzw. -intervention mit dem RTW-Prozess nach einer psychischen Erkrankung (vgl. Unger, 2019; LaMontagne et al., 2014).

6.2 Arbeitsbedingungen und psychische Gesundheit

Inwiefern Arbeitsbedingungsfaktoren die psychische Gesundheit beeinträchtigen oder stärken können, wird durch eine Vielfalt an Theorien und Modellen erklärt (vgl.

Faller, 2017; Oesterreich, 1999; Ulich/Wülser, 2018). Die Modelle haben gemeinsam, dass sich mit ihrer Hilfe belastende Arbeitsbedingungen identifizieren lassen. Die Modelle unterscheiden sich u. a. dadurch, inwiefern auch Ressourcen einbezogen werden bzw. inwiefern sie Arbeitsanforderungen im Sinne ihres Potenzials zur Persönlichkeitsentwicklung betrachten. Außerdem werden Belastungen bei einigen Modellen als zunächst etwas Neutrales angesehen, das seine Wirkung erst durch die Wahrnehmung und die Bewältigungsmöglichkeiten der Beschäftigten entfaltet (Belastungs-Beanspruchungs-Modell), während bei anderen Modellen psychische Belastungen grundsätzlich als potenziell schädigend und somit als zu vermeidend definiert werden, wie z. B. das Konzept Anforderung – Belastung (vgl. Oesterreich, 1999).

Das (relativ) neue Konzept der interessierten Selbstgefährdung beschreibt gesundheitliche Auswirkungen von Arbeit bei indirekter Steuerung. Indirekte Steuerung kennzeichnet sich durch eine Ausgestaltung der eigenständigen Arbeit, die Beschäftigten die Verantwortung für den unternehmerischen Erfolg überträgt. Das kann dazu führen, dass die Gefährdung der eigenen Gesundheit in Kauf genommen wird, um die Zielerreichung nicht zu gefährden. Krause und Dorsemagen (2017, S. 154) beschreiben acht Facetten der Selbstgefährdung:

- „Ausdehnen der eigenen Arbeitszeit
- Intensivieren der Arbeitszeit
- Einnahme von Substanzen zur Erholung
- Einnahme stimulierender Substanzen
- Präsentismus
- Vortäuschen
- Senken der Qualität
- Umgehen von Sicherheits- und Schutzstandards“

Im Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) wurde der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit zusammengetragen. Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Studienqualitäten konnte über die verschiedenen Studien hinweg die

Annahme der meisten Modelle bestätigt werden, dass bestimmte Arbeitsbedingungen als sogenannte Stressoren einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben und Ressourcen als Schutzfaktoren bzw. als förderliche Faktoren für persönliche Entwicklung oder andere „positive" Indikatoren wirken – wie z. B. Selbstwirksamkeit (vgl. Rothe et al., 2017).

Als förderlich für die psychische Gesundheit bestätigte sich ein höherer Tätigkeits- bzw. Handlungs- und Entscheidungsspielraum (vgl. Rosen, 2018) und soziale Unterstützung bei der Arbeit (vgl. Rothe et al., 2017). Ebenfalls positiv auf die Gesundheit wirkt ein aufgaben- und mitarbeiterorientierter Führungsstil (wertschätzend, unterstützend und beteiligungsorientiert), während ein destruktiver Führungsstil (z. B. rücksichtslose Behandlung) eindeutig mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht (vgl. Pundt et al., 2018; vgl. Kap. 6.3.3 zur PSIB).

Anerkennung ist ein Faktor, der gemäß dem Effort-reward-imbalance-Modell neben anderen Faktoren wie beispielsweise der Entlohnung im angemessenen Verhältnis zur Anstrengung stehen sollte. Bei Störung dieser Balance finden sich konsistente Zusammenhänge mit psychischen Beeinträchtigungen wie z. B. Burn-out (vgl. Haupt et al., 2016).

Der am häufigsten untersuchte Faktor ist die Arbeitsintensität mit dem übereinstimmenden Befund, dass ein Zusammenhang mit kurz- und längerfristigen Folgen für die psychische Gesundheit besteht (vgl. Stab et al., 2016). Störungen und Unterbrechungen stellen in den meisten Kontexten ebenfalls Stressoren dar, während sie bei Tätigkeiten, bei denen sie berufsimmanent sind – z. B. in der Notfallmedizin –, eine geringere negative Auswirkung auf die psychische Gesundheit haben (vgl. Rigotti et al., 2016).

Überlange Arbeitszeiten (also mehr als 40 Stunden die Woche), Schichtarbeit, Wochenendarbeitszeit, „on-call"-Arbeit und arbeitgeberbestimmte Arbeitszeitvariabilität zeigen in Querschnittstudien einen Zusammenhang mit eingeschränkter psychischer Gesundheit. Positiv auf die Gesundheit wirken sich hingegen Vorhersehbarkeit und Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitszeit aus (vgl. Beermann/Wöhrmann, 2018; vgl. Kap. 6.3.3 zur PSIB). Eine ausgewogene Work-Life-Balance geht ebenfalls mit besserer psychischer Gesundheit einher. Es ist anzunehmen, dass diese wiederum negativ durch eine arbeitsbezogene erweiterte Erreichbarkeit, überlange Arbeitszeiten und erhöhte Mobilitätserfordernisse für die Arbeit – z. B. lange Pendelstrecken – beeinflusst wird. Ruhezeiten dienen auch dazu, sich von der Arbeit mental

zu distanzieren. Verschiedene Fragebogenstudien zeigen, dass sich ein gelingendes Abschalten (Detachement) positiv auf das Befinden auswirkt (vgl. Wendsche et al., 2018). Ein weiterer zentraler Arbeitsbedingungsfaktor ist das Erleben von Sinn durch die Arbeit. Eine als sinnvoll wahrgenommene Arbeit wirkt sich nicht nur positiv auf die Motivation aus, sondern auch auf das Wohlbefinden, während als sinnlos empfundene Arbeit einen Zusammenhang mit negativen Merkmalen psychischer Gesundheit wie Depression aufweist (vgl. Badura et al., 2018).

6.3 Stärkung der psychischen Gesundheit bei der Arbeit

Wie eingangs erwähnt, sollten Interventionen zur Stärkung der psychischen Gesundheit bei der Arbeit Bestandteile eines integrierten Vorgehens sein, das sowohl bei der Arbeitsgestaltung, bei der Förderung eines aufgeklärten und offenen Umgangs mit psychischer Gesundheit und Erkrankung als auch bei der individuellen Stärkung der Ressourcen der Beschäftigten ansetzt. All diese Elemente kommen sowohl bei der Primär- als auch bei der Sekundär- und Tertiärprävention zum Tragen.

6.3.1 Belastungen abbauen, Ressourcen und Sensibilität stärken

Es besteht noch immer Forschungsbedarf zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Gesundheit sowie insbesondere zu wirksamen Ansätzen für eine menschengerechte Arbeitsgestaltung in Bezug auf die psychische Gesundheit (vgl. Mohr, 2018; Bamberg, 2018). Dennoch gibt es bereits Handlungsansätze und Möglichkeiten, die in zahlreichen Leitfäden und Handbüchern zum BGM, zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) oder zur (gesetzlich verpflichtenden) Gefährdungsbeurteilung dargelegt werden (§ 5 ArbSchG) (vgl. als Beispiel für Leitfäden und Handbücher Ulich/Wülser, 2018; BAuA, 2014; BAuA, o. J.).

Ein Grund für Betriebe, psychische Belastung nicht zu erheben, sind Unsicherheiten und Vorurteile in Bezug auf das Thema psychische Gesundheit. So wird psychische Belastung häufig mit psychischen Störungen gleichgesetzt und dabei übersehen, dass psychische Beeinträchtigungen und Störungen nur eine mögliche Folge psychischer Belastungen sind und auch unabhängig von Arbeitsbedingungen auftreten können. Psychische Gesundheit wird außerdem als Privatangelegenheit gesehen und die Verantwortung dafür somit den Beschäftigten überlassen. Psychische Erkrankungen sind wiederum noch häufig stigmatisiert, was einen offenen Umgang

damit und als Konsequenz die rechtzeitige Suche nach Hilfe – auch am Arbeitsplatz – erschwert (vgl. Schomerus/Horsfield, 2018; Vosswinkel, 2017; Haubl, 2017; Hanisch et al., 2016).

Bereits bei der Gefährdungsbeurteilung – insbesondere bei der Ableitung von Maßnahmen – sind beteiligungsorientierte Verfahren vorzuziehen. Sie können zur Stärkung der persönlichen Ressourcen der Beschäftigten beitragen und erhöhen die Akzeptanz der Maßnahmen. Solche Interventionen enthalten teilweise qualifizierende Elemente. Sie adressieren allerdings nicht den Bereich der psychischen Erkrankungen, da bei der Gefährdungsbeurteilung die Arbeitsbedingungen und nicht die arbeitende Person der Gegenstand sind.

In Betrieben, in denen die weiter oben genannten Unsicherheiten und Vorstellungen zur psychischen Gesundheit bei Management und Beschäftigten vorherrschen, kann es sinnvoll sein, Führungskräfte und Beschäftigte zunächst oder flankierend für das Thema zu sensibilisieren, z. B. durch Schulungen die Kenntnisse und Fähigkeiten zu psychischer Gesundheit erweitern und einer Stigmatisierung entgegenwirken.

Schomerus und Horsfield (2018) beschreiben Kriterien erfolgreicher Anti-Stigmatisierungsaktivitäten auf Bevölkerungsebene, die deutlich machen, dass sich der Arbeitsplatz für entsprechende Interventionen geradezu anbietet. So wirken Informationen, die das Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit in den Mittelpunkt stellen und die Gemeinsamkeit mit allgemeinen menschlichen Erfahrungen betonen, weniger stigmatisierend als biologisch orientierte Modelle. Die Basis für Interventionen sollte ein direkter Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Erkrankungen sein und sie sollten gezielt und lokal erfolgen – also z. B. am Arbeitsplatz. Wichtig sei außerdem, glaubwürdig die Überwindung von Krisen zu betonen. Interventionen sollten außerdem kontinuierlich erfolgen.

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Hanisch et al. (2016) wurde die Effektivität von verschiedenen Antistigma-Interventionen am Arbeitsplatz verglichen. Die Interventionen unterteilten sich in drei Gruppen von angestrebten Veränderungen:

1) Wissen zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung sowie Erkennen von Anzeichen und Symptomen einer Erkrankung
2) Einstellungen zu Menschen mit psychischen Problemen
3) unterstützendes Kollegenverhalten (z. B. verringertes diskriminierendes Verhalten oder erhöhtes affirmatives Verhalten, Hilfesuchverhalten)

Insbesondere erweisen sich Interventionen in Bezug auf das Wissen zu psychischen Erkrankungen und zur Hilfsbereitschaft als effektiv. Besonders förderlich scheint hier vor allem auch das Handlungs- und Erfahrungswissen von direkt Betroffenen zu sein, das z. B. in Seminaren vermittelt wird.[1] Die Ergebnisse der oben genannten Studie zu geänderten Einstellungen waren nicht eindeutig, aber in der Tendenz positiv. Einige Studien zeigten allerdings auch Spill-over-Effekte. Das bedeutet, dass eine Veränderung in einem anderen als dem adressierten Bereich erreicht wurde. So wurden z. B. Einstellungsveränderungen gefunden, obwohl nur Wissen vermittelt wurde. Studien zeigten außerdem, dass Verhaltensänderungen auch ohne eine Änderung der Einstellung auftreten können. Positive Effekte von Führungskräftetrainings und betriebliche Programme gegen Stigmatisierung finden die Autoren des IGA-Reports 40 (vgl. iga, 2019).

Ein weiterer präventiver Ansatz zur Stärkung der psychischen Gesundheit ist die Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten der Beschäftigten – über die vermuteten ressourcenstärkenden Effekte aus der Arbeitsgestaltung hinaus. Eine Reihe von verhaltenspräventiven Maßnahmen soll z. B. die Selbstwirksamkeit stärken, Achtsamkeit erhöhen oder Techniken zum Umgang mit Stress vermitteln. In verschiedenen Studien erwiesen sich insbesondere kognitiv-behaviorale Techniken in Kombination mit anderen Strategien z. B. zur Problemlöse- oder Stressbewältigung als effektiv. Eingeschränkte Evidenz – aufgrund methodischer Limitationen der Studien – findet sich für die Wirkung von achtsamkeitsbasierten Interventionen (vgl. iga, 2019).

6.3.2 Potenzial der Früherkennung – Barrieren, Chancen und Grenzen

Frühzeitiges Handeln im Falle psychischer Überforderung, Krisen und Erkrankungen ist nicht nur abhängig von betrieblichen Strukturen und dem Vorhandensein (über-)betrieblicher Experten, sondern ebenso von den Betroffenen selbst als auch von achtsamen Kollegen und Vorgesetzten. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen i. d R. erst zu einem relativ späten Zeitpunkt angemessen behandeln lassen. Gleichzeitig geht ein nicht unerheblicher Teil der Beschäftigten arbeiten, obwohl sie krank sind. Dieses Phänomen wird

1 Unter folgendem Link gelangen Sie zu dem Flyer eines Seminarveranstalters zum Thema „Psychisch krank im Job“: https://www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/thema_job/job_seminarflyer_2009.pdf (16.09.2019). Weitere Angebote finden Sie z. B. beim BKK Dachverband, beim Aktionsbündnis seelische Gesundheit und beim BApK.

mit dem Begriff „Präsentismus“ beschrieben. In einer repräsentativen Studie des wissenschaftlichen Instituts der AOK gaben 71,2 % der Befragten an, dass sie im Verlauf der letzten zwölf Monate zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie sich krank gefühlt haben. Knapp 30 % sind zur Arbeit gegangen, obwohl ihr Arzt ihnen davon abgeraten hat (vgl. Steinke/Badura, 2011). Diese 30 % befinden sich in einer sogenannten „Grauzone relativer Krankheit bzw. bedingter Gesundheit, die ein breites Spektrum von Befindlichkeitsstörungen sowie Krankheitsvor- und Frühstadien einschließlich Erschöpfungszuständen oder chronischen Krankheitsbeschwerden umfassen kann“ (Oppolzer, 2010, S. 177). Sie sind kein zwingender Grund, sich krankschreiben zu lassen, aber doch Grund genug für eine regenerierende und wieder stabilisierende Auszeit und Behandlung. Als Gründe, die einen Einfluss darauf haben, ob man krank zur Arbeit geht oder nicht, wurden u. a. die Unternehmenskultur, die Loyalität gegenüber Kollegen und/oder Kunden, die Unfähigkeit, sich selbst Grenzen setzen zu können bzw. „nein“ sagen zu können, aber auch Zeitdruck und die fehlenden Möglichkeiten, das Arbeitstempo und die Arbeitsmenge selbst bestimmen zu können, identifiziert. Darüber hinaus wird die Angst vor Arbeitsplatzverlust genannt (vgl. Steinke/Badura, 2011).

In einer Mixed-Methods-follow-up-Studie der BAuA zu Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung nach psychischer Erkrankung bestätigt sich dieses Phänomen durch ein „Funktionieren bis zum Umfallen“, das in den Interviews der qualitativen Teilstudie sehr eindrücklich beschrieben wird. Ein hoher Arbeits- und Leistungsdruck, eine dementsprechende Unternehmenskultur sowie ein hoher Anspruch an die eigene Arbeit sowie die Verpflichtung und Loyalität gegenüber Kollegen bzw. Vorgesetzten und eine mangelnde Fähigkeit zur Abgrenzung bei gleichzeitig hoher Verausgabungsbereitschaft werden in diesem Kontext thematisiert (vgl. Stegmann et al., 2019). Die Betroffenen gehen selbst dann noch arbeiten, wenn sich ernsthafte und behandlungsbedürftige Erkrankungen abzeichnen. Das „Funktionieren bis zum Umfallen“ und das Nicht-Wahrhaben-Wollen der Symptome lassen sich anhand von Zitaten aus Interviews wie folgt charakterisieren (Stegmann et al., 2019):

> „Ja, ich bin gut im Funktionieren, ich funktioniere schon mein ganzes Leben lang. (…) das ist so mein Thema, dass ich einfach nicht auf mich gucke, sondern immer nur guck, wie's anderen geht, und ja, einfach funktioniere, das habe ich so aus meiner Kindheit mitbekommen.“ (BAuA Projekt F 2386)

> „Ich war am Boden zerschlagen, muss ich sagen, weil aus der Situation, ich hatte drei Jobs sozusagen parallel zu betreiben. Und ich war Perfektionist und wollte natürlich überall hundert Prozent geben und dabei bin ich selbst auf der Strecke geblieben." (BAuA Projekt F 2386)

> „Ich spürte starke Anspannung, ich habe kaum Emotionen gehabt und war an vielen Stellen auch nicht bereit, Emotionen mit anderen zu teilen. Das ist das grobe Bild und hatte mich, sag ich mal, allen Dingen hingegeben, die dann nur meine Tätigkeit, aktives Anbringen von Fachwissen anging, (…) Freizeitgestaltung fand nicht statt, es war so, dass keine Motivation da war, irgendetwas anderes zu tun." (BAuA Projekt F 2386)

> „Das war ziemlich viel, wahrgenommen habe ich das nicht, meine Freunde haben schon eher gesagt, so Mitte letzten Jahres, dass ich doch lieber in die Klinik gehen sollte, da haben die schon festgestellt, dass ich mich verändert habe, ich hab es abgetan mit Erschöpfung." (BAuA Projekt F 2386)

Im Verlauf der sich zuspitzenden psychischen Krise beschreiben die Interviewten diesen dynamischen Zustand des Nicht-Wahrhaben-Wollens, des Verdrängens, des Ignorierens und des Nichtverstehens der Symptome der psychischen Krise als ein „Fremd-Werden" sich selbst gegenüber, als einen Verlust von Achtsamkeit gegenüber den eigenen Bedürfnissen, Interessen und Notwendigkeiten bis hin zur völligen Erschöpfung und Gefühllosigkeit. Nach Fuchs et al. (2019) werden diese Überforderung und Erschöpfung durch ein defizitäres Gefühl getrieben, „permanent hinter den eigenen Ansprüchen der Selbstoptimierung zurückzubleiben und (…) [der] Sorge, den gesellschaftlichen Herausforderungen des Innovationsimperativs nicht nachzukommen und gleichsam zurückgelassen zu werden" (Flatscher, 2019, S. 150), was gleichzeitig auch mit dem von Tellenbach geprägten Begriff der *Remanenz*[2] identifiziert werden kann (vgl. Tellenbach, 1974). Was hier aufscheint, ist die Einsicht, dass in diesem Fall eine Depression „nicht lediglich als Nebenprodukt einer *unternehmerischen Gesellschaft*, sondern als das Andere ihrer selbst" (Flatscher, 2019, S. 150) verstanden bzw. interpretiert werden kann. Sie ist Ausdruck unseres gesellschaftlichen Selbstverständnisses und verbindet sich mit der Frage, wie wir leben und arbeiten (wollen). Gleichzeitig ist sie aber auch Ausdruck persönlicher Wertsetzungen, die unreflektiert im Wechselspiel zwischen äußeren Anforderungen und inneren Ansprüchen in die Krise und Krankheit führen können.

---

2 Typ von Mensch bzw. *Typus Melancholicus* „mit perfektionistischer Genauigkeit, ausgeprägter Leistungsorientierung und Neigung zu symbiotischen Abhängigkeitsbeziehungen (…) diese Menschen sind besonderen Risiken, depressiv zu erkranken, ausgesetzt – etwa, wenn sie vor sich selbst und vor anderen in Schuld geraten, hinter ihren hohen Ansprüchen zurückzubleiben (Remanenz)" (Fuchs/Berger, 2013).

Anhand der beschriebenen Situation lassen sich die Schwierigkeiten und Herausforderungen, aber auch die Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennung erahnen. Einerseits muss es darum gehen, die Beschäftigten immer wieder für das Thema psychische Gesundheit zu sensibilisieren, damit sich der Zustand des Nicht-Wahrhaben-Wollens und Nicht-Verstehens von Symptomen psychischer Überforderung und Krisen nicht bis zum „Umfallen“ verstetigt. Gleichzeitig muss verstanden werden, welche Schwierigkeiten und Probleme mit der Verschleppung einer psychischen Überforderung und Krise in den Arbeitsalltag einhergehen – und zwar nicht nur für die Betroffenen, sondern ebenso für Vorgesetzte und Arbeitsteams in Form von Belastungen und Herausforderungen. Wer krank zur Arbeit geht, ist mitunter weniger leistungsfähig, ist vergesslicher, kann sich schlechter konzentrieren, ist schneller gereizt, fühlt sich durch die täglichen Arbeitsanforderungen schneller überfordert, reagiert aggressiv, zieht sich zurück, verändert sich und wird von seinen Kollegen und Vorgesetzten nicht mehr verstanden. In dieser Atmosphäre entstehen schnell Konflikte, die die Arbeitssituation zusätzlich erschweren (vgl. Martin et al., 2018). Andererseits geht der frühzeitige und angemessene Umgang psychischer Krisen und Erkrankungen im Betrieb auch mit einem Kulturwandel einher (vgl. Unger, 2018a), der die oben genannte Frage nach unserem gemeinsam geteilten Selbstverständnis stellt und in diesem Sinne unser Verständnis darüber prägt, wie wir zukünftig leben und arbeiten wollen. Diese Öffnung wiederum ermöglicht Entwicklungspotenziale für Führungskräfte und Beschäftigte, insbesondere in Bezug auf ihre Führungs- bzw. Gesundheitskompetenzen, aber auch in Bezug auf ihre Interaktions- und Teamkompetenzen (vgl. Martin et al., 2018).

6.3.3 Früherkennung und frühzeitige Interventionen bzw. Unterstützung bei psychischer Überforderung, Krisen und Erkrankungen

Die Vermeidung psychischer Beeinträchtigungen, Krisen und Erkrankungen ist ein wichtiges Ziel eines präventiven Arbeitsschutzes und des BGMs. Gleichwohl wird es nicht gelingen, dieses Ziel umfassend zu erreichen. Psychische Überforderung und Krisensituationen bzw. Erkrankungen lassen sich selbst durch einen gut organisierten Arbeitsschutz und eine entsprechende betriebliche Präventionsstrategie nicht vollständig vermeiden. Das liegt vor allem an (1) der Tatsache, dass die Ursachen von psychischen Erkrankungen nicht immer in der Arbeit liegen, (2) den komplexen

Entstehungsbedingungen und Interventionen, die in einer flexiblen und sich wandelnden Arbeitswelt nicht immer einfach zu verstehen und umzusetzen sind, aber auch an den (3) nur begrenzt vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen im Umgang mit den entstehenden Problemen, die in Konkurrenz zu anderen betrieblichen Anforderungen und Aufgaben stehen.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die betriebliche Früherkennung zu stärken. Von besonderer Relevanz sind in diesem Kontext die arbeitsmedizinische Vorsorge und der Aufbau betriebsnaher Versorgungsnetzwerke zur Unterstützung der betroffenen Beschäftigten und der betrieblichen Schlüsselakteure.

Früherkennung bedeutet in diesem Zusammenhang entweder „in einem frühen Stadium der Erkrankung (…). Zum Beispiel sind bei den Betroffenen bereits einige Symptome vorhanden, aber noch nicht die Anzahl, die die Vergabe der manifesten Diagnose rechtfertigt“ (Rothermund/Gündel, 2016, S. 221). Oder aber es bedeutet, dass eine Erkrankung diagnostiziert wurde, jedoch noch nicht lange andauert. „Früh“ kann in diesem Zusammenhang bedeuten, dass man frühzeitig den manifesten Erkrankungsfolgen zu begegnen versucht – durch eine medizinische Rehabilitation mit anschließender betrieblicher Wiedereingliederung. Außerdem kann es bedeuten, rechtzeitig einen Rückfall zu verhindern (vgl. Rothermund/Gündel, 2016). Das übergeordnete Ziel ist es, ernstzunehmende Beeinträchtigungen von Beschäftigten betrieblich frühzeitig zu registrieren und angemessene Interventionen zu ermöglichen, d. h.

- sie in einer akuten Überforderungssituation zu entlasten und ihre Selbstwirksamkeit in einem ersten Schritt wieder zu stabilisieren,
- ggf. weitergehende Unterstützung im Versorgungssystem zu ermöglichen und
- wenn vorhanden arbeitsplatzbezogene Probleme zu reduzieren.

Weitergehende Ziele sind (1) die Vermeidung von unnötig langen Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie (2) die Verhinderung der Chronifizierung von psychischen Erkrankungen, der Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit auf einem gesundheitsförderlichen individuellen und organisationalen Niveau und (3) eine professionelle Begleitung und Organisation der Rückkehr in den Betrieb nach einer akuten psychischen Erkrankung (vgl. Stegmann/Schröder, 2018).

Eine wichtige Rolle im Betrieb kann hier der Betriebsarzt einnehmen. Die betriebsärztliche Sprechstunde und arbeitsmedizinische Vorsorge lassen sich gut mit der Früherkennung von psychischen Beeinträchtigungen im oben ausgeführten Sinn verknüpfen (vgl. Rothermund et al., 2018; BMAS, 2019). Der Betriebsarzt übernimmt im Betrieb oft eine

> „primärärztliche Rolle, ist also nah am Mitarbeiter und kann in die fachärztliche Behandlung vermitteln, je nach Kommunikationsmöglichkeiten besteht Potenzial, die ggf. notwendige psychotherapeutische o. ä. Behandlung, und ggf. auch den Übergang in die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess mit zu gestalten. Er moderiert damit immer wieder die Schnittstelle zwischen primärärztlicher und fachspezifischer Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen" (Rothermund/Gündel, 2016, S. 221 f.).

Auf diesem Weg regelmäßiger Kontakte und Vernetzung von Betriebsärzten und vor allem von Fachärzten aus Kliniken entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten ein beidseitiger Wissenstransfer an der Schnittstelle zwischen betrieblichem und medizinisch-therapeutischem System, der zu neuen innovativen Versorgungsmodellen wie der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb – kurz PSIB – führt (vgl. Unger, 2018a). Die PSIB wird als eine Zusammenarbeit zwischen Betrieb, insbesondere Betriebsarzt, und extern behandelnden Ärzten und Therapeuten bezeichnet. Es handelt sich um ein niederschwelliges, betriebliches Angebot, das sich an Beschäftigte richtet, die sich psychisch beeinträchtigt, überfordert fühlen und/oder sich in einer psychischen Krise befinden bzw. psychisch erkrankt sind (vgl. Stock Gissendanner et al., 2019). „Sie ist Teil betriebsnaher Versorgungsnetzwerke (…). Die Beratung erfolgt durch medizinische oder psychologische Fachpsychotherapeuten. Betriebsärzte und die innerbetriebliche Sozialberatung übernehmen dabei oft eine Vermittlungsrolle" (Rothermund et al., 2018, S. 1). Erste Erfahrungen mit diesen Versorgungsmodellen zeigen, dass damit vor allem Personen, insbesondere Männer, erreicht werden, die bisher keine medizinisch-therapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben (vgl. Wege/Angerer, 2013).

Um eine Sprechstunde betrieblich etablieren zu können, ist es einerseits sinnvoll, sie in vorhandene betriebliche Gesundheitsstrukturen einzubetten, z. B. als Teilbereich des BGMs (vgl. Stock Gissendanner et al., 2019; Stegmann/Schröder, 2018; Unger, 2018b). Andererseits ist eine Vernetzung mit dem Personalmanagement, der Betriebsmedizin, den betrieblichen Interessenvertretungen und dem betrieblichen

Sozialdienst (soweit vorhanden) sinnvoll, um eine erfolgreiche Umsetzung zu gewährleisten (vgl. Abb. 6.1).

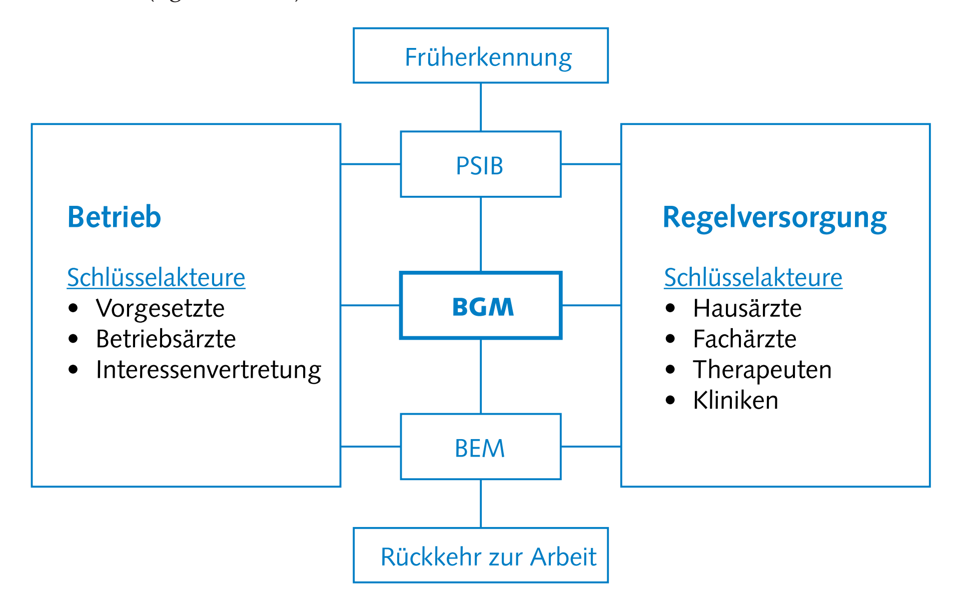


Abb. 6.1: Innovative Versorgungssysteme – PSIB und BEM im betrieblichen Gesundheitsmanagement (vgl. Stegmann, 2017; Wege/Angerer, 2013)

Besonders bewährt hat es sich in diesem Kontext, wenn das Angebot „über die Mitnutzung betriebsärztlich aufgebauter Strukturen wie Räumlichkeiten, Terminvereinbarungen etc." (Rothermund/Gündel, 2016, S. 223) genutzt wird. In Großunternehmen, die entsprechende Sprechstunden anbieten, erfolgen diese in den Gesundheitszentren der Unternehmen (vgl. Unger, 2018a). Es gibt aber auch Unternehmen, die die Räume von psychiatrischen Institutsambulanzen nutzen (vgl. Unger, 2018a; Stock Gissendanner et al., 2019). Beide Vorgehensweisen können für sich genommen die Akzeptanz und das Vertrauen in die Sprechstunde fördern und sind abhängig von der jeweiligen betrieblichen Situation und Kultur. Als absolut unerlässliche Voraussetzung in Bezug auf die Akzeptanz und das Vertrauen der Beschäftigten gilt die Einhaltung der Schweigepflicht zwischen dem durchführenden Personal der Sprechstunde – z. B. psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten – und Betriebsärzten „mit expliziter Schweigepflichtentbindung" (Unger, 2018a), wenn sie im Einzelfall angemessen ist.

Früherkennung und Frühintervention: Das Konzept der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB) und ihr Nutzen

Die aktuellen betrieblichen Konzepte und Angebote haben Modellcharakter und sind nicht durch die Sozialgesetzgebung abgedeckt, d. h. es handelt sich um betrieblich initiierte Angebote mit individuellen Vereinbarungen. Die Kosten der Sprechstunde werden i. d. R. von den Unternehmen selbst getragen. Die Sprechstunde umfasst im Einzelfall zwischen 3–5 Stunden und normalerweise besteht ein klar definierter Prozess der Kooperation mit dem Unternehmen unter Berücksichtigung der oben erwähnten Schweigepflicht.

Es handelt sich dabei um ein niederschwelliges Angebot zur zeitnahen präventiven Beratung bis hin zu einer ersten Bearbeitung einer vorliegenden Problematik bzw. Symptomatik und ggf. Weitervermittlung in eine längerfristige ambulante bzw. stationäre Behandlung (vgl. Stock Gissendanner et al., 2019; Unger, 2018a). Sie umfasst in diesem Sinne eine psychologische Beratung und eine Kurzintervention, welche die betriebsärztliche Betreuung ergänzen soll (vgl. Mayer et al., 2010; Rothermund et al., 2018). „Der Fokus der Sprechstunde liegt auf dem Erörtern von unmittelbaren Problemen und der Erarbeitung von kurzfristigen Lösungsstrategien. Bei weitergehendem Bedarf an Diagnostik, Behandlung oder Beratung werden Angebote der Regelversorgung oder der psychosozialen Beratung aufgezeigt“ (Stock Gissendanner et al., 2019). Nach Rothermund et al., 2018, umfasst das Konzept der PSIB vier zentrale therapeutische Elemente:

1) das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Beschäftigtem und dem professionellen Berater
2) eine erste Einschätzung in Bezug auf die Diagnose, die psychosoziale Situation und die Beeinträchtigungen der Beschäftigten bzw. Ratsuchenden im Sinne einer ressourcenorientierten Gesprächsführung
3) eine Stabilisierung der Selbstwirksamkeit der Beschäftigten
4) eine motivierende Unterstützung in Bezug auf weitere Behandlung der Beschäftigten im medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem

Eine Studie von Rothermund et al., 2019, zeigt, dass die PSIB aus der Perspektive der Nutzer positiv wahrgenommen wird in Bezug auf

- den Behandlungserfolg (bestehend aus klinischer Besserung und Vermittlung einer Weiterbehandlung) und
- die Qualität der Dienstleistung (insbesondere der Nähe zum Arbeitsplatz, d. h. die Einbeziehung der Arbeit als Stressor und Ressource in die Beratung und Unterstützung der Beschäftigten).

Eine qualitative Studie der BAuA[3] nimmt multiperspektivisch auf den Nutzen der Sprechstunde Bezug – sowohl aus der Perspektive des Arbeitgebers, des mittleren Managements, der Betroffenen als auch der involvierten Betriebsärzte. Während beim Arbeitgeber und den Führungskräften eine bessere Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten vermutet und eine Entlastung bzw. mehr Handlungssicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten registriert und erlebt wird, steht bei den Beschäftigten das professionelle und stabilisierende Coaching durch die Berater im Vordergrund sowie die Möglichkeit, in einem geschützten Raum über die psychische Belastung reden zu können und Impulse für den Umgang damit zu erfahren. Die Betriebsärzte wiederum erleben die Kooperation als sinnvolle und professionelle Ergänzung ihrer eigenen Tätigkeit (vgl. Stock Gissendanner et al., 2019).

Darüber hinaus liefert die Sprechstunde Erkenntnisse über einen möglichen Arbeitsplatzbezug psychischer Beeinträchtigungen, Überforderung, Krisen und Erkrankungen (vgl. Rothermund et al., 2014; Stegmann/Schröder, 2018). Diese Erkenntnisse können personenunabhängig Eingang in das BGM und den betrieblichen Arbeitsschutz finden, z. B. durch Berichterstattung im Arbeitsschutzausschuss. Außerdem kann die Sprechstunde, hat sie sich erst einmal betrieblich etabliert und bewährt, auch im RTW-Prozess eine wichtige Rolle spielen, sowohl bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen als auch bei der Begleitung der Wiedereingliederung (vgl. Rothermund et al., 2014; Stegmann/Schröder, 2018; Unger, 2018b).

3 BAuA-Projekt F 2397: *„Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung: Evaluation des Angebots einer psychosomatischen Sprechstunde in Betrieben in Niedersachsen“*

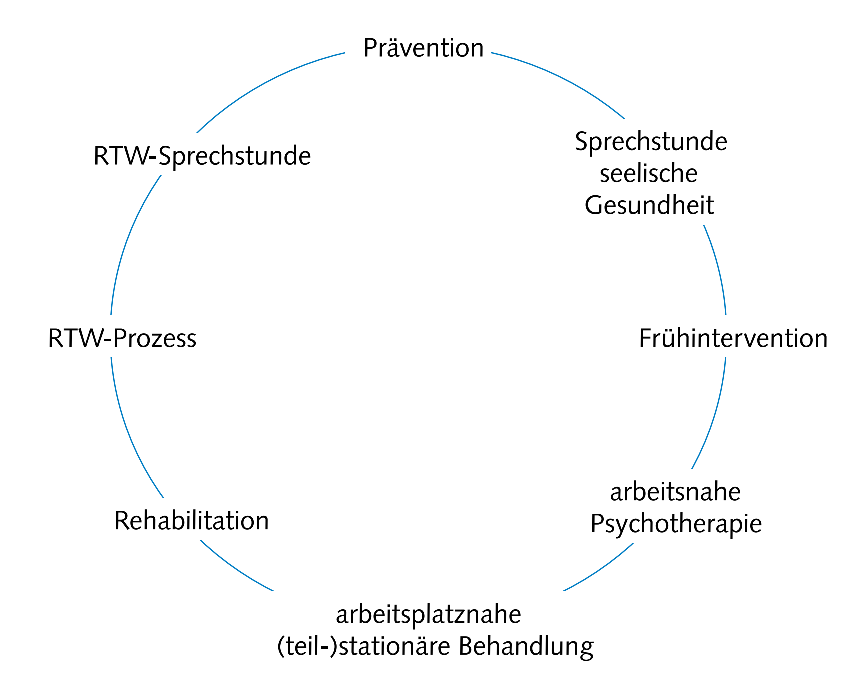


Abb. 6.2: „Prävention, Früherkennung, Behandlung und Wiedereingliederung als Prozess" (Unger, 2018a, S. 775)

Psychische Gesundheit im Betrieb bzw. Stärkung der psychischen Gesundheit im Betrieb kann so als Prozess verstanden werden, der vor allem durch eine systematische Verknüpfung der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ermöglicht wird (vgl. Abb. 6.1 und 6.2).

> „Ziel ist es hier, Arbeitsunfähigkeit aufseiten der betroffenen Beschäftigten möglichst zu vermeiden bzw., wenn sie eingetreten ist, eine rasche und nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu erreichen. Dies erfordert ein Ineinandergreifen von genuin betrieblichen Maßnahmen (Aufgaben- und Arbeitszeitgestaltung, Gewährleistung problemangemessenen Führungs- und Teamhandelns), personenbezogenen Beratungs- und Unterstützungsangeboten (auch niederschwelliger Art) und medizinisch-psychotherapeutischer Versorgung im professionellen System." (Rothe et al., 2017)

Die PSIB und ihre Vernetzung mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement: Arbeitsschutz und betriebliches Eingliederungsmanagement

Bisherige Erfahrungen mit der PSIB zeigen, dass die Nutzer der Sprechstunde vor allem die arbeitsbezogene und private Belastung und Beanspruchung thematisieren. Dazu kommen persönlichkeitsbezogene Faktoren und zusätzliche körperliche Erkrankungen (vgl. Unger, 2018a; Rothermund et al., 2014). Gleichzeitig wird aber auch die strukturgebende, die motivierende und den Selbstwert fördernde Funktion der Arbeit gesehen und genutzt (vgl. Unger, 2018a; Rothermund et al., 2014). Insgesamt wird der Einfluss der arbeitsbezogenen Belastung als relativ hoch eingeschätzt – er liegt i. d. R. bei über 50 %. Rothermund et al., 2014, konstatieren in ihrer deskriptiv sowie qualitativ inhaltsanalytischen Auswertung von n = 67 Behandlungsdokumentationen einen Anteil von 80 % der Nutzer, bei denen arbeitsbezogene Ursachen eine Rolle spielten. In der schon erwähnten qualitativen Teilstudie der Mixed-Methods-follow-up-Studie zu Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung, in der n = 32 Personen zu drei Erhebungszeitpunkten befragt wurden, thematisieren 47 % arbeitsbezogene Ursachen, 15 % private bzw. individuelle Ursachen und 38 % eine Kombination aus arbeitsbezogenen und privaten Ursachen. Dies entspricht in etwa den Ergebnissen der Studie von Rothermund et al., 2014. Diese Studie differenziert dabei das Ausmaß arbeitsbezogener Ursachen anhand von vier Kategorien:

1) Unter der *Kategorie 1* werden Beschäftigte subsumiert, die außer den arbeitsbezogenen Problemen keine weiteren Problembereiche thematisiert haben.
2) In der *Kategorie 2* finden sich Beschäftigte wieder, bei denen Arbeitsplatzkonflikte im Vordergrund standen, jedoch nicht als alleinige Ursache thematisiert wurden.
3) In der *Kategorie 3* wiederum sind Beschäftigte, bei denen die arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung neben privater Belastung und Beanspruchung wesentlicher Teil der psychosozialen Belastungskonstellation ist.
4) Die *Kategorie 4* wurde dagegen vergeben, wenn die Beschäftigten zwar deutlich die Belastung schilderten, der Arbeitsplatz jedoch als neutral oder stabilisierend beschrieben wurde.

In der Summe und größtenteils auch in der Differenzierung decken sich die Ergebnisse mit der oben erwähnten BAuA-Studie. Beide Studien relativieren eine „vorran-

gig oder gar ausschließlich arbeitsbezogene Perspektive seelischer Erkrankungen“ (Rothermund et al., 2014, S. 187), machen aber deutlich, warum die Ergebnisse der PSIB sowohl für den Arbeitsschutz als auch für die Ausgestaltung des betrieblichen Eingliederungsmanagements handlungsrelevant sind bzw. sein können.

Dies wird noch deutlicher, wenn man sich die Schilderungen aus den narrativen Interviews der zuvor genannten qualitativen Teilstudie der BAuA vergegenwärtigt. Sie machen allesamt deutlich, in welchem Maß die arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung meist aus einer Kombination von hohen bzw. überfordernden Arbeitsanforderungen und der jeweiligen Einstellung zur Arbeit resultieren, wie also äußere Anforderungen der Arbeit und innere Ansprüche an die eigene Arbeitsleistung und -qualität in die Krise führen. Dazu zählen:

- ein hohes Arbeitspensum und damit einhergehend eine prekäre Arbeitszeitverdichtung, die als Zeitstress erlebt wird, eine starke Einschränkung der Zeitsouveränität nach sich zieht und damit neu gewonnene Handlungs- und Entscheidungsspielräume bei der Arbeit konterkariert
- ein zeitgleiches, konfliktbehaftetes Verhältnis von Zeitstress und Qualitätsansprüchen an die eigene Arbeit, das ohne eine angemessene Lösung in Überforderung mündet
- eine geringe Abgrenzungsfähigkeit gegenüber der Arbeit
- eine hohe Verausgabungsbereitschaft in Kombination mit einem übermäßigen Perfektionsstreben bei der Arbeit.

In der Konsequenz führen diese hohen Arbeitsanforderungen und inneren Ansprüche zu kontinuierlicher Mehrarbeit. In Einzelfällen wird die Arbeit mit nach Hause genommen und selbst an Wochenenden wird weitergearbeitet. Diese Situation führt zunehmend in die Überforderung, erzeugt Frustration, Angst und/oder Wut und beschreibt einen Weg der Selbstentfremdung, in dem die eigenen Interessen, Bedürfnisse, Gefühle und letztlich das eigene Wohlbefinden eine immer geringere Rolle spielen. Gleichzeitig werden die Räume zur Regeneration zunehmend geringer, sodass eine Erholung nicht mehr möglich ist und der psychische Zusammenbruch immer näher rückt. Dies illustrieren folgende Interviewpassagen:

> „Ja, dass ich mit meiner (…) 38,5-Stunden-Woche gar nicht mehr hingekommen bin, dass ich mehr als fünfzig Stunden und mehr gearbeitet habe; hab sogar die Arbeit mit nach Hause genommen, hab von zu Hause aus noch (…) viele Sachen gemacht und Freizeit gab es dann gar

> nicht mehr, und ich hab also nur noch für den Beruf gelebt und Familie kam auch zu kurz, und irgendwie hat dann mein Körper, ich sag mal, die Notbremse gezogen. Es ging einfach nicht mehr.“ (BAuA Projekt F 2386)
>
> „Ich muss mich ständig neu organisieren. das ist nicht so, dass ich etwas vergessen hätte, aber ich muss zu Mitteln greifen, mich da persönlich zu organisieren, in all den Dingen, entsprechend auch zeitausgerichtet standzuhalten. (…) auch hier und da ist es ja so, dass sie, die Produktivität, wie man sie denn freundlicherweise nennt; das heißt, immer mehr Output mit immer weniger Leuten dazu führt, dass man sein Arbeitsspektrum immer weiter ausweiten muss und das ist auch bei uns der Fall.“ (BAuA Projekt F 2386)
>
> „Ich hatte ja nun weit über dreihundert Stunden noch auf der Uhr stehen, die ich denn mal erarbeitet hatte.“ (BAuA Projekt F 2386)
>
> „Wir stammen aus einer Familie, die immer sehr ehrgeizig war; fleißig, ob‘s die Eltern sind oder mein Bruder, meine Kinder sind genauso und auch mein Mann, (…) also da hat das wahrscheinlich bei mir angefangen, dass ich dann hier so widerstandsfähig war; die drei Jahre (…). Ja, das war einfach zu viel, und dann kam das eben auch mit den Überstunden.“
>
> „Ja; und wenn‘s (…) eng war, war ich eigentlich auch immer bereit, da mit zuzugreifen. Wie gesagt, mir hat auch die Arbeit Spaß gemacht. Deshalb ist es mir auch nicht schwergefallen, mehr zu machen.“ (BAuA Projekt F 2386)
>
> „Ja; dass ich einmal (…) zu mir selbst gesagt habe, es muss hundertprozentig stimmig sein, was ich abgebe hat Hand und Fuß, das braucht gar nicht mehr gegengecheckt werden, also da konnte man sich hundertprozentig darauf verlassen; und halbherzig habe ich nie was gemacht.“ (BAuA Projekt F 2386)

Neben der beschriebenen Belastung und Beanspruchung durch die Arbeitsmenge, -zeit und Einstellung zur Arbeit zeigen sich in den qualitativen Interviews insbesondere auch „Beziehungskonflikte“. Im Mittelpunkt stehen dabei Konflikte mit Vorgesetzten, in Einzelfällen aber auch Ansätze von Mobbing. Die Konflikte lassen sich differenzieren in:

- Genderkonflikte – insbesondere, wenn Frauen als Führungskräfte in „typischen Männerberufen“ Karriere machen
- Führungskonflikte, wenn Vorgesetzte für ihre Funktion nicht qualifiziert sind
- Übertragungskonflikte, indem verdrängte Gefühle und Erwartungen aus der Kindheit auf neue soziale Beziehungen übertragen und reaktiviert werden

Im Mittelpunkt dieser Konflikte stehen fast immer eine fehlende Wertschätzung und fehlende Anerkennung durch die direkten Vorgesetzten, die in äußerliche oder innerpsychische Konflikte eskalieren, die zu Überforderung, Frustration, Angst und/

oder Wut führen und die die Betroffenen als nicht lösbar erleben. Auf Dauer kann diese äußere bzw. innere Eskalation des Konflikts in einer psychischen Krise bzw. Erkrankung münden.

Die betrieblichen, sozialen und individuellen Faktoren der beschriebenen arbeitsbezogenen Belastung und Beanspruchung zeigen, weshalb die psychosomatische Sprechstunde mittel- bis langfristig in das BGM eingebettet werden muss. So erfordert die Komplexität der auftretenden Belastung und der Beanspruchung häufig eine betriebliche Intervention, die über eine Stabilisierung der Selbstwirksamkeit und weitere Behandlung im medizinisch-therapeutischen System hinausweist (vgl. die zentralen therapeutischen Elemente der Sprechstunde in Kap. 6.3.3). Außerdem generiert die Sprechstunde ein differenziertes Bild sowohl von den privaten, personenimmanenten als auch arbeitsbezogenen Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren, die für gesundheitsförderliche und arbeitsgestaltende Interventionen im Bereich der Primär- und Tertiärprävention, insbesondere im Rahmen des BEM, genutzt werden können. Dazu ist es sinnvoll, den vorherrschenden individuumsbezogenen Selbstmanagementansatz durch einen systemischen Fallmanagementansatz zu erweitern (vgl. Schwarz et al., 2019; Schwarz/Wegewitz, 2018). Die handlungsleitende Frage des systemischen Ansatzes lautet dabei: Was kann/muss individuell und betrieblich in Bezug auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbeziehungen, d. h. die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, getan werden, damit die Betroffenen weiterhin gesund arbeiten und nach einer längeren psychischen Erkrankung zurückkehren können (vgl. Schwarz et al., 2019; Schwarz/Wegewitz, 2018; Stegmann/Schröder, 2018).

Wenn es darum geht, die psychische Gesundheit aller Beschäftigten zu stärken und zu fördern, unabhängig davon, ob psychische Beeinträchtigungen bzw. Krisen und Erkrankungen vorliegen, sollte die Frage für das BGM immer handlungsleitend sein.

6.3.4 Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Erkrankung

> „Die Psychiatrie lehrt, sich mit der Gesundheit in besonderer Weise und umfassender als im medizinischen Alltag üblich auseinander zu setzen. Bei der Gesundheit als Leitvorstellung in der Psychiatrie geht es damit um ein Erkennen, Erfassen und aktives Ansprechen aller gesundheitsförderlicher Möglichkeiten, damit ein Mehr an Gesundheit gegenüber vorher herauskommt, denn, wenn die Faktoren, die am Auftreten der psychiatrischen Erkrankung beteiligt sind, in Grunde gleichbleiben, ist eher ein weiterer Rückfall zu erwarten – der Weg in die Drehtürpsychiatrie. Und ändern lässt sich nichts an den biologischen, wohl aber an den psychischen und sozi-

> alen Faktoren. Dass die Einstellungen und der Umgang eines Menschen mit sich selbst und umgekehrt, seiner Umwelt mit ihm, maßgeblich beteiligt, wie wir unser Leben sehen und ob wir mit ihm zurechtkommen, oder nicht, ist unseren eigenen Erfahrungen nach wohlbekannt und kann in seiner Bedeutung überhaupt nicht hoch genug eingeschätzt werden.“ (Hofmann et al., 1997)

Return to Work (RTW) ist mehr als ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Return to Work ist mehr als ein BEM. Es umfasst die Diagnosestellung, die Krankschreibung, die Behandlung (ambulant, stationär, Akut- und/oder Rehabilitationsklinik), die Rückkehr in den Betrieb und die Nachsorge. RTW ist ein Prozess der Vernetzung des medizinisch-therapeutischen Systems (Haus- bzw. Fachärzte und Therapeuten, Psychologen) mit dem betrieblichen System (Betriebsärzte, BEM-Beauftragte, Schwerbehindertenvertretungen, direkte Vorgesetzte etc.). Demgemäß sollte der RTW-Prozess früh beginnen, nach Unger und Siegrist (2014) streng genommen mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. RTW bedeutet die Integration des Themas Arbeit in die medizinisch-therapeutische Arbeit: z. B. im Sinne einer

1) arbeitsplatzfokussierenden Psychotherapie (vgl. Bode et al., 2017).
2) medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR).
3) klinisch etablierten RTW-Sprechstunde (vgl. Unger, 2018a).
4) Rückkehr an den Arbeitsplatz im Dialog mit den zurückkehrenden Beschäftigten und den betrieblichen Schlüsselakteuren (BEM).
5) professionellen Nachsorge, wie sie das PsyRENA-Programm der Deutschen Rentenversicherung vorsieht.

RTW wird vor diesem Hintergrund

> „bei der Behandlung im ambulanten Bereich, in der Tagesklinik oder im vollstationären Bereich mitgedacht (…). Dabei sollte es immer auch darum gehen, mögliche Belastungen und Konflikte sowie Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich der Rückkehr zur Arbeit zu erfassen. Im optimalen Fall planen die behandelnden Ärzte mit dem Betriebsarzt in Verbindung mit den betrieblichen Interessenvertretern und Arbeitgebervertretern frühzeitig die Rückkehr in den Betrieb.“ (Stegmann/Schröder, 2016, S. 661)

Faktoren einer erfolgreichen Rückkehr in den Betrieb

Internationale Studien und systematische Übersichtsarbeiten zu RTW-Erfolgsfaktoren deuten an, dass sich vor allem eine Kombination aus medizinisch-therapeutischen und arbeitsbezogenen Maßnahmen positiv auf die Rückkehr auswirkt (vgl. Nieuwenhuijsen et al., 2014; Arends et al., 2012; Furlan et al., 2012). Darüber hinaus spielen die soziale Unterstützung und die Selbstwirksamkeit der Betroffenen eine wichtige Rolle im Prozess der Rückkehr (vgl. Vries et al., 2017). Ein qualitativer Review verdeutlicht, dass sowohl individuelle Faktoren (z. B. die Einstellung zur Arbeit) als auch betrieblich-soziale Faktoren (z. B. die stufenweise Wiedereingliederung, die soziale Unterstützung) und die Zusammenarbeit (über-)betrieblicher Akteur/innen Erfolgsfaktoren im RTW-Prozess sind (vgl. Andersen et al., 2012).

Die bisherigen Studien der BAuA zur Rückkehr in den Betrieb nach einer psychischen Erkrankung bestätigen diese Ergebnisse zum einen, differenzieren diese zum anderen aber auch weiter aus, insbesondere in Bezug auf Faktoren, die während bzw. nach der Rückkehr in den Betrieb erfolgsversprechend sind. Der RTW-Prozess wird hier als ein systemischer Prozess verstanden, der vier Ebenen der Arbeitsfähigkeit umfasst, die innerhalb des Prozesses miteinander interagieren (vgl. Stegmann/Schröder, 2018):

1) die medizinisch-therapeutische Ebene mit Blick auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit
2) die psychische Ebene mit Fokus auf die emotionale Stabilität, Motivation und Selbstwirksamkeit
3) die soziale Ebene mit Blick auf die professionelle bzw. angemessene Unterstützung durch Experten, Vorgesetze und Kollegen
4) die betriebliche Ebene mit Blick auf professionelle Unterstützungsstrukturen (BGM, BEM) und die präventive und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit

Return to Work wird in diesem Sinne als ein kohärenter und zusammenhängender Prozess verstanden, in dem vergangene und gegenwärtige Erfahrungen sowie die Vorwegnahme zukünftiger Ereignisse miteinander interagieren (vgl. Andersen et al., 2012).

Aus der Perspektive der betroffenen Beschäftigten haben vor allem die Selbstwirksamkeit, die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, die Begleitung der Rückkehr durch eine betriebliche Vertrauensperson, die flexible Gestaltung der Rückkehr – hier insbesondere die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung – und die Reduktion von überfordernder Belastung und Beanspruchung einen entscheidenden Einfluss im Sinne einer erfolgreichen Wiedereingliederung. Als hilfreich wird in diesem Kontext ein funktionierendes BEM empfunden, das die Zurückkehrenden als entlastend erleben, weil sie sich dadurch nicht alleine für die Ausgestaltung der Rückkehr verantwortlich fühlen.

Selbstwirksam zu sein, bedeutet für die Betroffenen, den Prozess aktiv beeinflussen, mitunter steuern zu können und auf Augenhöhe mit Vorgesetzten, Kollegen und (über-)betrieblichen Akteuren die Rückkehr frühzeitig zu planen und umzusetzen. Selbstwirksames Handeln ist in diesem Sinne ein proaktives soziales Bewältigungshandeln. Die zurückkehrenden Beschäftigten schildern vor allem ein aktives Vorgehen, sie suchen nach Unterstützung, um die Rückkehr in ihrem Sinne zu beeinflussen, sind aber auch bereit, dabei auf die Bedürfnisse und Belange des Arbeitsteams einzugehen.

Gerade auch deshalb wird die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen aus der Perspektive der Betroffenen oft als das zentrale Schlüsselerlebnis der Rückkehr beschrieben. Vom Arbeitsteam wiederum verlangt dies, dass die Wiedereingliederung nicht als eine individuelle, sondern als eine gemeinsame Herausforderung angesehen wird, die mitunter von allen Teammitgliedern Bewältigungsbemühungen verlangt:

> „Ich setze mich nicht mehr so unter Druck, es hundertprozentig zu machen. Ich mache es so gut ich kann. Und da ich ja nun in einem neuen Bereich bin, kann ich es auch nur so gut machen, wie ich es eben kann. Und das klappt also aus meiner Sicht ganz gut. (…) Also wo ich noch vorsichtig sein muss, das ist der Faktor Zeit! ich würde gerne noch mehr machen wollen. Aber da werde ich dann von meinem Team gebremst, weil sie sagen, das ist zu viel in der Form; von den neuen Lerninhalten her. Ich möchte dann das auch noch wissen und dann heißt es aber: Nee, nee; jetzt lass uns das erst einmal vertiefen, dass das klappt und erst dann geht es in die weiteren Produkt- oder Programmschritte rein. Aber da habe ich jetzt selbst gemerkt, da geht es wieder mit mir durch, ich möchte gleich alles." (BAuA Projekt F 2386)

Das Eingeständnis, es allein nicht mehr zu schaffen und auf Hilfe angewiesen zu sein, aber gleichzeitig selbst aktiv und konstruktiv zu sein, sich handlungsfähig zu erleben und entsprechend zu verhalten bzw. zu handeln, macht die Verschränkung der in-

dividuellen und sozialen Dimension der Selbstwirksamkeit deutlich, die mehr ist als der Glaube, alles aus sich selbst heraus schaffen zu können (vgl. Frey, 2016). Selbstwirksames Verhalten und Handeln sind dynamisch und lassen sich als Resultat der Interaktion zwischen Person, Verhalten und Umwelt verstehen (vgl. Bannink, 2012).

Eine gelungene Interaktion schafft Anerkennung und Wertschätzung durch Vorgesetzte und Kollegen und diese Wertschätzungen wiederum werden von den Betroffenen u. a. als „Meilensteine“ während der Wiedereingliederung bezeichnet. Anerkennung und Wertschätzung haben drei unterschiedliche Dimensionen, wie die Interviews der Mixed-Methods-follow-up-Studie zeigen. Sie beziehen sich auf die:

- Arbeitsleistung
- Achtsamkeit und Sensibilität im Umgang mit der Erkrankung
- Integration ins Arbeitsteam

Die Reintegration in das Arbeitsteam erfolgt aus der Sicht der Befragten über eine zurückkehrende Normalität im Arbeitsalltag, über einen offenen und ehrlichen Austausch auf Augenhöhe sowie über den beschriebenen achtsamen und wertschätzenden Umgang. In diesem Fall wird die Rückkehr als sehr positiv und stabilisierend erlebt bzw. beschrieben und im Einzelfall sogar als emotional nachhaltiger „Meilenstein“ charakterisiert:

> „Ja. Das brauch ich zurzeit; Feedback; dass ich weiß; wie ist man mit meinem Ergebnis zufrieden oder ist man überhaupt zufrieden. Das ist für mich das A und O. (…) Es ist ‘n tolles Umfeld, ich fühl mich einfach gut aufgehoben. Also wenn man sich wohlfühlt, das Wohlfühlen als solches ist schon aus meiner Sicht ‘n Meilenstein.“ (BAuA Projekt F 2386)

Eine erfolgreiche Wiedereingliederung ist u. a. ein soziales Bewältigungshandeln, das Kooperation, die Fähigkeit, persönliche Bedürfnisse zugunsten der Gruppe zurückzustellen, und den achtsamen Umgang mit sozialen Hierarchien verlangt. Vorgesetzte übernehmen hierbei eine wichtige Vermittlungs- und Vorbildfunktion innerhalb des Teams.

Darüber hinaus ist die stufenweise Wiedereingliederung (STWE) aus der Perspektive der Zurückkehrenden und Experten ein zentrales Instrument einer erfolgreichen und nachhaltigen Rückkehr in den Betrieb. Dies liegt aus der Sicht der Zurückkehrenden vor allem daran, dass die STWE

1) ihnen den Raum und die Zeit gegeben hat, anzukommen, sich auszuprobieren und neu zu orientieren,
2) ihnen den Druck genommen hat, „nicht gleich wieder voll gehen zu müssen“ und
3) vorbeugend gewirkt hat, um „nicht gleich wieder in den alten Trott zu verfallen“.

Damit diese Ziele erreicht werden können, empfiehlt sich eine gute Vorbereitung der STWE, die im engen Dialog mit den Zurückkehrenden organisiert wird, um deren Wünsche entsprechend berücksichtigen zu können und diese mit den direkten Vorgesetzten abzustimmen.

Neben der Selbstwirksamkeit, der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen und der Möglichkeit zur STWE sind aus der Sicht der Betroffenen überfordernde Arbeitsbedingungen und Arbeitsbeziehungen wie zu hohe Arbeitsmengen, ständige Mehrarbeit und Konflikte wichtige Faktoren, die die Arbeitsfähigkeit einschränken und das Risiko eines Rückfalls erhöhen. In diesem Kontext werden von den Interviewten folgende betriebliche Ressourcen beschrieben, die die Arbeitsfähigkeit während der Wiedereingliederung unterstützt bzw. verbessert haben:

- klärende Gespräche und Konfliktlösungen mit Vorgesetzten
- Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitswechsel (z. B. das Abgeben einer Führungsfunktion)
- Abbau von Arbeitsbelastung durch eine bessere Arbeitsplanung und Verteilung der Arbeitslast im Team
- eine bessere Urlaubsplanung und Pausengestaltung
- zeitlich befristete Reduktion der Arbeitszeit
- Mehrarbeit nur in Ausnahmefällen und nicht als die Regel
- ein gut organisiertes BEM, das Verständnis für die Betroffenen aufbringt und auf ihre Wünsche eingeht

Insgesamt verlangt dies einen systematischen BEM-Prozess[4], einen organisierten Such- und Kooperationsprozess (vgl. Kohte, 2010), der eine Passung der individuel-

4 Als gutes Beispiel dient hier das „Vier-Phasen-Modell der Wiedereingliederung“ in Stegmann/Schröder, 2016.

len, sozialen und betrieblichen Arbeitsumwelten ermöglicht (vgl. Stegmann/Schröder, 2018), in dem die Einstellung zur Arbeit und Selbstwirksamkeit der Zurückkehrenden, die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, die betrieblichen Bedingungen und die professionelle Begleitung der Rückkehr als Erfolgsfaktoren der betrieblichen Wiedereingliederung berücksichtigt werden.

6.4 Fazit

Erhaltung, Stärkung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit Erwerbstätiger umfassen – neben einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung – Maßnahmen zur Verbesserung kollektiver und individueller Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit und bei Bedarf eine einzelfallorientierte Beratung und Unterstützung bei psychischer Überlastung. Eine derart ausgerichtete betriebliche Gesundheitspolitik zeichnet sich gleichermaßen durch Team- und Organisationsentwicklung aus, insbesondere durch Sensibilisierung und Schulung von Beschäftigten und betrieblichen Schlüsselakteuren. In diesem Sinne ist sie vor allem ein betriebliches Veränderungsmanagement hin zu einer gesunden Organisation, die ressourcenorientierte Strategien entwickelt, adaptive Strukturen ermöglicht und so eine Balance zwischen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung schafft. Führung und Führungskräfteentwicklung sind dafür ein wesentlicher Schlüssel, um betriebliche Freiräume zu schaffen, sich achtsam, prosozial und aktiv für die eigene Gesundheit und die der Organisation zu engagieren. Die Basis für eine nachhaltige psychische Gesundheit bildet mehr Zeitsouveränität im Arbeitsalltag durch entschleunigte Arbeitsprozesse und begrenzte Arbeitszeit, um die Arbeitszeit bzw. -aufgaben besser in Einklang mit den eigenen Interessen bringen zu können sowie die Erholungsfähigkeit und die dafür notwendigen gesundheitsförderlichen Ressourcen zu erhalten. Nach Thomas Fuchs bedeutet dies, das Verhältnis von linearer und zyklischer Zeit neu auszubalancieren (vgl. Fuchs et al., 2019). Dies schafft Gestaltungs- und Ressourcenspielräume sowohl bei der Arbeit als auch in der Freizeit, die nötig sind, um Erschöpfung, Burn-out und Depression vorzubeugen, um psychisch gesund zu sein und zu bleiben. Das gilt für den Einzelnen wie für Unternehmen.

Literatur

Verwendete Literatur

Andersen, M. F./Nielsen, K. M./Brinkmann, S. (2012). *Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders*. Scand J Work Environ Health, 38, S. 93–104.

Arends, I./Bruinvels, D. J./Rebergen, D. S./Nieuwenhuijsen, K. et al. (2012). *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 12.

Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J. et al. (2018). *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit*. Berlin: Springer.

Bamberg, E. (2018). *Psychische Gesundheit: Forschungsmethodische Perspektive*. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 53 (Sonderheft), S. 60–62.

Bannink, F. (2012). *Praxis der Positiven Psychologie*. Götting: Hogrefe.

Beermann B./Wörmann, A. M. (2018). *Themenfeld „Arbeitszeit“*. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 53 (Sonderheft), S. 20–24.

Bode, K./Maurer, F./Kröger, C. (2017). *Arbeitswelt und psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019). *Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung. Ausschuss für Arbeitsmedizin.* http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf?__blob=publicationFile (03.09.2019).

DAK Gesundheit (2019). *DAK-Psychoreport 2019*: *dreimal mehr Fehltage als 1997. Langzeit-Analyse zeigt: Krankmeldungen wegen Depressionen am häufigsten.* https://www.dak.de/dak/download/190725-pm-psychoreport-pdf-2125480.pdf (03.09.2019).

DRV Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund (2018). *Rentenversicherung in Zeitreihen. Oktober 2018.* https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (03.09.2019).

Faller, G. (Hrsg.) (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe.

Flatscher, M. (2019). *Kommentar: Analyse und Kritik sozial bedingter Pathologien*. In: Fuchs, T./Iwer, L./Micali, S. (Hrsg.): Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft. Berlin: Suhrkamp.

Franzkowiak, P./Hurrelmann, K. (2018). *Gesundheit.* https://www.leitbegriffe.bzga.de/pdfseite.php?uid=0aa413ddf0517857a16a0347b0215b30&id=angebote&idx=143 (03.09.2019).

Freigang-Bauer, I./ Gröben, F. (2011). *Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen.* Arbeitspapier 224. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Frey, D. (2016). *Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*. Wiesbaden: Springer.

Fuchs, T./Berger, M. (2013). *Affektive Störungen. Klinik – Therapie – Perspektiven.* Stuttgart: Schattauer.

Fuchs, T./Iwer, L./Micali, S. (2019). *Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.

Furlan, A. D./Gnam, W. H./Carnide, N./Irvin, E. et al. (2012). *Systematic review of intervention practices for depression in the workplace*. Journal of Occupational Rehabilitation, 22, S. 312–321.

Gangl, V. (2015). *Gesundheit ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung.* Magazin Erwachsenenbildung.at, 24, S. 03-1–03-11.

Hanisch, S. E./Twomey, C. D./Szeto, A. C. H./Birner, U. W. et al. (2016). *The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review*. BMC Psychiatry, 16 (1).

Haubl, R. (2017). *Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen – Anspruch und Wirklichkeit*. In: Alsdorf, N/Engelbach, U./Flick, S./Haubl, R. et al. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript, S. 145–163.

Haupt, C. M./Backé, E.-M./Latza, U. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Gerechtigkeit und Belohnung*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund.

Hofmann, P./Lux, M./Probst, C./Steinbauer, M. et al. (1997). *Klinische Psychotherapie.* Wien/New York: Springer.

iga – Initiative Gesundheit und Arbeit (2019). *Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention.* https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_40_Wirksamkeit_und_Nutzen_Gesundheitsfoerderung_Praevention.pdf (09.01.2020).

Krause, A./Dorsemagen, C. (2017). *Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung durch indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung*. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe, S. 153–164.

Kohte, W. (2010). *Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess*. WSI Mitteilungen, 7, S. 374–377.

LaMontagne. A./Martin, A./Page, K. M./Reavley, N. J. et al. (2014). *Workplace mental health: developing an integrated intervention approach*. BMC Psychiatry, 14 (1), S. 131.

Martin, A./Woods, M./Dawkins, S. (2018). *How managers experience situations involving employee mental ill health*. International Journal of Workplace Health Management, 11 (6), 2018, S. 442–463.

Meyer, M./Wenzel, J./Schenkel, A. (2018). *Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017*. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Berlin: Springer.

Meyer, D./Schmidt, H./Hölzer, M. (2010). *Psychosomatische Sprechstunde und Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin. Erfahrungen aus der Automobilindustrie.* ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 45, S. 593–597.

Mohr, G. (2018). *Psychische Gesundheit: Zukünftige Forschungsfelder*. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin; 53 (Sonderheft), S. 63–66.

Nieuwenhuijsen, K./Faber, B./Verbeek, J. H./Neumeyer-Gromen, A. et al. (2014). *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 12.

Oesterreich, R. (1999). *Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit* – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In: Oesterreich, R./ Volpert, W. (Hrsg.): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Bern: Huber, S. 141–215.

Oppolzer, A. (2010). *Anwesenheitsmanagement: Verbesserung der Anwesenheit und Verringerung der Fehlzeiten.* In: Oppolzer, A. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. Hamburg: VSA, S. 175–209.

Pundt, F./Thomson, B./Montano, D./Reeske, A. (2018). *Führung und psychische Gesundheit*. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 53 (Sonderheft), S. 15–19.

Rigotti, T. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Störungen und Unterbrechungen*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Rosen, P. H. (2018). *Tätigkeitsspielräume in Produktionsaufgaben – Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse und Gestaltungsoptionen*. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin; 53 (Sonderheft), S. 9–14.

Rothermund, E./Gündel, H./Kilian, R./Hölzel, M. et al. (2014). *Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten*. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 60, S. 177–189. http://www.lpcu.de/fileadmin/website_uni_ulm/med.lpcu/Downloads/Artikel/Z_Psychosom_Med_Psychother_60-2014_177-189.pdf (28.08.2019).

Rothermund, E./Gündel, H. (2016). *Früherkennung und Frühintervention bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen von Beschäftigten*. In: Rieger, M./Hildenbrand, S./Nesseler, T./Letzel S. et al. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin. Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg: ecomed Medizin, S. 219–233.

Rothermund, E./Hölzer, M./Wegewitz, U. (2018). *Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Angebot mit Konsiliarcharakter*. PID – Psychotherapie im Dialog, 19 (3), S. 50–54.

Rothermund, E./Kilian, R./Balint, E. M./Rottler, E. et al. (2019). *Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? Ergebnisse einer kontrollierten Beobachtungsstudie*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62, S. 186-194. https://d-nb.info/117988146X/34 (17.09.2019).

Rothe, I./Adolph, L./Beerman, B./Schütte, M. et al. (2017). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Schomerus, G./Horsefield, G. A. (2018) *Herausforderungen und Erfolge: Das Stigma psychischer Krankheiten*. Public Health Forum, 26 (3), S. 232–234.

Schwarz, B./Stegmann, R./Wegewitz, U. (2019). *Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return-to-work-Prozes*s. In: DRV Bund (Hrsg.): 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. DRV-Schriften Band 117. Berlin: DRV, S. 263–265. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_28_reha_kolloqu_15th_efrr.pdf (03.09.2019).

Schwarz, B./Wegewitz, U. (2018). *Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise. Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke unter der Lupe*. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 53, S. 368–370.

Stab, N./ Jahn, S./Schulz-Dadaczynski, A. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Arbeitsintensität*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Stock Gissendanner, S./Weiß, C./Herten, B./Wrage, W. et al. (2019). *Eine psychosomatische Sprechstunde für die regionale betriebsnahe Versorgung: Evaluation und Empfehlungen*. ASU – Zeitschrift für medizinische Prävention, 1. https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/evaluation-und-empfehlungen-eine-psychosomatische-sprechstunde-fuer-die-regionale (09.01.2020).

Stegmann, R./Schulz, I./Schröder, U. B. (2019). *Return to Work nach psychischer Erkrankung. Mixed-Methods-Follow-Up-Studie: Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung. Ergebnisse der qualitativen Teilstudie*. In: DRV Bund (Hrsg.): 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. DRV-Schriften Band 117. Berlin: DRV, S. 192–195. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_28_reha_kolloqu_15th_efrr.pdf (03.09.2019).

Stegmann, R./Schröder, U. B. (2018). *Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return to Work und Eingliederungsmanagement*. Berlin: Springer.

Stegmann, R. (2017). *Return to Work: Professionelle Begleitung durch Beratung, Coaching und Netzwerken nach einer psychischen Erkrankung. Aktuelle Ergebnisse und Ansätze*. Vortrag Diskussionsforum, 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt am Main.

Stegmann, R./Schröder, U. B. (2016). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise. Ergebnisse einer qualitativen Studie.* ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 2016, 51, S. 660–668.

Steinke, M./Badura, B. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung.* Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Stab, N./Schulz-Dadaczynski, A. (2017). *Arbeitsintensität: Ein Überblick zu Zusammenhängen mit Beanspruchungsfolgen und Gestaltungsempfehlungen.* Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 71 (1), S. 14–25.

Tellenbach, H. (1974). *Melancholie*. Berlin: Springer.

Ulich, E./Wülser, M. (2018). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven.* Wiesbaden: Springer Gabler.

Unger, H. P. (2018a). *Sprechstunde „Psychische Gesundheit" im Betrieb. Vorstellung von neuen Versorgungsstrukturen zur psychischen Gesundheit von Mitarbeitern im Betrieb.* ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 53, S. 774–776.

Unger, H. P. (2018b). *Der Rückkehr an den Arbeitsplatz aus Sicht einer Klinik*. In: Stegmann, R./Schröder, U. B. (Hrsg.): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Berlin: Springer, S. 143–146.

Unger, H. P./Siegrist, K. (2014). *Gelungene Wiedereingliederung psychisch Erkrankter*. *5. Bremer Fachaustausch am 20. und 21. Februar 2014 „Arbeitszufriedenheit und Gesundheit in sozialer Sicherung"*. https://www.malt-harms.de/downloads/fachtagung_feb_2014/praesentation_unger_siegrist.pdf (04.09.2019).

Voswinkel, S. (2017). *Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen*. In: Alsdorf, N./Engelbach, U./Flick, S./Haubl, R. et al. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript, S. 95–118.

Vries, H. de/Fishta, A./Weikert, B./Rodriguez Sanchez, A. et al. (2017). *Determinants of Sickness Absence and Return to Work among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review*. Journal of Occupational Rehabilitation, 28, S. 393–417.

Wege, N./Angerer, P. (2013). *Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger*. Die Psychiatrie, 10 (2), S. 71–81.

Wendsche, J./Lohmann-Haislah, A./Schulz, A./Schöllgen, I. (2018). *Mentales Abschalten von der Arbeit als Erholungsindikator: Wirkungen, Einflussfaktoren und Gestaltungsansätze.* ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 53 (Sonderheft), S. 25–31.

WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (04.09.2019).

Empfohlene Literatur

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (o. J.). *Schulungen.* https://seelischegesundheit.net/themen/psychisch-gesund-am-arbeitsplatz/schulungen (16.09.2019).

BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (o. J.). *Psychische Erkrankungen im Arbeitsleben.* https://www.bapk.de/angebote/seminare/psychische-erkrankungen-im-arbeitsleben.html (16.09.2019).

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen.* Berlin: Erich Schmidt.

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (o. J.). *Handlungshilfen für die Gefährdungsbeurteilung.* https://www.baua.de/SiteGlobals/Forms/Suche/BAuA/DE/Handlungshilfensuche_Formular.html?nn=8703478 (16.09.2019).

BKK Dachverband (2015). *Psychisch krank im Job. Verstehen. Vorbeugen. Erkennen. Bewältigen.* https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/gesundheit/selbsthilfe/BKK_Dach_Broschure_Psychisch_krank_im_Job_.pdf (16.09.2019).

Ulich, E./Wülser, M. (2018). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven.* 7., überarb. und erw. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.

Empfohlene Internetlinks

https://www.psyga.info

7 Beeinflusst Arbeitslosigkeit die mentale Gesundheit?[1]

JOHANNES STAUDER

Der Beitrag hat zum Ziel, den Kausaleffekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit von einer Selektion der weniger Gesunden in die Arbeitslosigkeit empirisch zu trennen. Dabei wird davon ausgegangen, dass nur dann sicher von einem Kausaleffekt ausgegangen werden kann, wenn sich mentale Gesundheit im Verlauf der Arbeitslosigkeit weiter verschlechtert; langfristig könnten jedoch Erholungseffekte einsetzen. Eine reine Selektion der weniger Gesunden in die Arbeitslosigkeit impliziert dagegen einen zeitkonstanten negativen Effekt. Unter Anwendung von fixed-effects-Modellen auf das Sozioökonomische Panel zeigt sich, dass die schlechtere mentale Gesundheit der Arbeitslosen in erster Linie auf Selektionseffekte zurückzuführen ist. Die mentale Gesundheit fällt insbesondere schon unmittelbar vor Eintritt in die Arbeitslosigkeit im Durchschnitt schlechter aus. Lediglich für Erwerbspersonen, die bereits sehr früh im Lebensverlauf von Arbeitslosigkeit betroffen sind, verschlechtert sich die mentale Gesundheit auch nach dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit, was einen schwachen Kausaleffekt impliziert.

In modernen Gesellschaften ist die Einbindung in das Erwerbsleben zentral für den Zugang zu ökomischen und sozialen Ressourcen und mithin ein zentraler Faktor sozialer Ungleichheit. Mehr und mehr stellt sich heraus, dass Gesundheit als Basis für ein langes, erfülltes und selbstständiges Leben ebenso eine bedeutsame Ungleichheitsdimension darstellt. Für einen Zusammenhang zwischen der Erwerbseinbindung und der mentalen Gesundheit gibt es bereits eine Vielzahl empirischer Belege (vgl. Paul/Moser, 2009 für eine Meta-Analyse zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und mentaler Gesundheit). Weitgehend Unklarheit besteht jedoch über die tatsächliche Einflussrichtung: Gemäß der Verursachungshypothese (1) erhöht Arbeitslosigkeit die Wahrscheinlichkeit einer mentalen Erkrankung (vgl. Jahoda, 1987; Jahoda, 1982). Gemäß der Selektionshypothese (2) dagegen weisen Menschen mit eingeschränkter

1 Dieser Text basiert auf aktualisierten Ergebnissen, die der Autor bereits im European Journal of Health Economics publiziert hat (vgl. Stauder, 2019). Die dort berichteten Befunde beruhen auf einer Auswertung des SOEP 2002–2014. Die im vorliegenden Beitrag präsentierten Ergebnisse beruhen dagegen auf den SOEP-Wellen 2002–2016.

mentaler Gesundheit ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko auf – dies wird häufig auch als umgekehrte Kausalität bezeichnet. Mentale Probleme gehen außerdem mit einem höheren Risiko einher, länger in der Arbeitslosigkeit zu verharren (3). Der Zusammenhang wird darüber hinaus wegen Konfundierung mit Drittvariablen überschätzt (4). So sind beispielsweise niedrig gebildete Menschen eher von Arbeitslosigkeit und von mentalen Problemen betroffen als höher Gebildete. Dabei schließen sich Verursachung, Selektion, kompensierende Ereignisse und Konfundierung nicht wechselseitig aus und wirken wahrscheinlich gleichzeitig. Der vorliegende Beitrag hat zum Ziel aufzuzeigen, inwieweit Arbeitslosigkeit tatsächlich für eine Einschränkung der mentalen Gesundheit sorgt (Verursachungshypothese).

Viele empirische Studien haben sich bereits dieser Frage angenommen. Zentraler Ansatzpunkt ist dabei i. d. R. der intra-individuelle Vergleich der mentalen Gesundheit über die Zeit: Ist dem Übergang in die Arbeitslosigkeit eine Verschlechterung der mentalen Gesundheit vorgelagert oder erfolgt die Verschlechterung hinterher? Aber selbst wenn man die zeitliche Anordnung der Messung von Gesundheit und Arbeitslosigkeit im Längsschnitt eines Panels berücksichtigt, besteht immer noch die Möglichkeit, dass die Einschränkung der mentalen Gesundheit und der Eintritt in die Arbeitslosigkeit zwischen den *gleichen* zwei Messzeitpunkten stattfanden, sodass auch diese Strategie nicht dabei hilft, die tatsächliche zeitliche Ordnung der intra-individuellen Messungen zu bestimmen (vgl. Gebel/Voßemer, 2014; Schmitz, 2011).

In diesem Beitrag werden theoretische Überlegungen über den Einfluss der Arbeitslosigkeitsdauer auf die mentale Gesundheit genutzt, um dieses methodische Problem zu lösen. Eine reine Selektion der Menschen mit ungünstiger mentaler Disposition in die Arbeitslosigkeit impliziert einen mehr oder weniger dauerunabhängigen Effekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit. Der Arbeitslosigkeitseffekt auf die mentale Gesundheit kann dagegen eher als Kausaleffekt interpretiert werden, wenn sich der negative Effekt der Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf verstärkt. Für die empirische Analyse wird die *mental health component scale* (MCS) des Sozioökonomischen Panels (SOEP) im Zeitraum von 2002 bis 2016 im Rahmen eines Fixed-effects-Modells verwendet. Die Ergebnisse werden zeigen, dass der größte Teil des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und mentaler Gesundheit auf Selektionseffekte und Konfundierung zurückzuführen ist.

7.1 Theoretischer Hintergrund und Hypothesen

Im Folgenden werden aus den skizzierten sozialen Mechanismen und dem empirischen Forschungsstand Hypothesen abgeleitet, deren Überprüfung zur Klärung eines kausalen Einflusses der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit beiträgt.

7.1.1 Soziale Mechanismen

Wie eingangs ausgeführt, lassen sich mindestens vier Mechanismen unterscheiden, die für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und mentaler Gesundheit bedeutsam sein können.

Gemäß der *Verursachungshypothese* (1) führt Arbeitslosigkeit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der mentalen Gesundheit. Der negative Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und mentaler Gesundheit wird dabei durch manifeste und latente Deprivation erklärt (vgl. Jahoda, 1987; Jahoda, 1982). Manifeste Deprivation steht dabei für eine (drastische) Verringerung des Einkommens als Hauptfolge der Arbeitslosigkeit, die dazu führt, dass die Betroffenen ihren Lebensstandard anpassen (vgl. Korpi, 2001) und ihre Ersparnisse auflösen müssen. Hierdurch verlieren sie die Kontrolle über ihre Lebensgestaltung, Zukunftspläne müssen revidiert bzw. können gar nicht erst gestaltet werden. Die finanziellen Sorgen verursachen chronischen Stress. Sobald die betroffenen Familien aufgrund der Arbeitslosigkeit in kleinere, günstigere Wohnungen umziehen müssen, wird es schwieriger, soziale Beziehungen zur weiteren Familie, zu Freunden und Bekannten aufrechtzuerhalten, sodass die sozialen Ressourcen schwinden (vgl. Gebel/Voßemer, 2014, S. 129). Zusätzlich zur manifesten leiden die Individuen auch unter einer latenten Deprivation (vgl. Jahoda, 1982): Die Einbindung ins Erwerbsleben spielt für viele Menschen eine wichtige soziale Rolle und ist die Basis für ihre Selbstkonzeption, ihre Identität und ihr Selbstvertrauen. Die Einbindung in eine Arbeitsstelle stellt für viele außerdem eine Opportunitätsstruktur für die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dar. Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet einen darüber hinausgehenden Verlust an sozialer und emotionaler Unterstützung. Zusätzlich empfinden viele Betroffene Arbeitslosigkeit als Stigma (vgl. Young, 2012). Obwohl manche der genannten Mechanismen, wie z. B. der Rollenverlust und die Stigmatisierung, die mentale Gesundheit mehr oder weniger unmittelbar beeinflussen sollten – bei einer Antizipation des Arbeitsplatzverlustes kann dies ggf. sogar schon vor der Entlas-

sung geschehen (vgl. Ferrie et al., 1995) –, dürften sich die meisten Mechanismen der manifesten und latenten Deprivation erst zeitverzögert auf die mentale Gesundheit auswirken, da die noch vorhandenen finanziellen und sozialen Ressourcen die negativen Einflüsse auf die Psyche abdämpfen. In Deutschland kommt hinzu, dass die Arbeitslosenversicherung zunächst 60 % des letzten Nettoeinkommens erstattet, wobei die Dauer dieser Zahlungen – mindestens 6, höchstens jedoch 24 Monate – von der Beschäftigungsdauer und vom Alter der Betroffenen abhängt (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2019). Auch werden soziale Kontakte mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit nicht sofort abgebrochen, sondern schlafen mit der Zeit ein. Hinzu kommt, dass die Arbeitslosigkeit zu Beginn als vorübergehender Zustand eingestuft wird, und es besteht zumeist die Hoffnung auf einen baldigen Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit. Langfristig könnten sich die Betroffenen jedoch an die Deprivation gewöhnen und somit könnte sich die mentale Gesundheit trotz Arbeitslosigkeit wieder erholen. Daher ist insgesamt von einem u-förmigen Zusammenhang auszugehen: Arbeitslosigkeit führt zwar nach einigen Monaten zu einer verschlechterten mentalen Gesundheit, ein Erholungseffekt mit fortschreitender Dauer ist jedoch nicht ausgeschlossen.

Gemäß der *Selektionshypothese (umgekehrte Kausalität)* (2) sind Arbeitnehmer mit schlechter mentaler Gesundheit einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt (vgl. García-Gómez et al., 2010; Varekamp/Dijk, 2010; Christensen et al., 2008; Weber et al., 2007; Chandola et al., 2003; Lindholm et al., 2001; Riphahn, 1999). Psychische Probleme können die Arbeitsleistung und die Verlässlichkeit des Mitarbeiters beeinträchtigen, die Anzahl der Fehltage und so insgesamt die Wahrscheinlichkeit der Freisetzung des Arbeitnehmers erhöhen (vgl. Varekamp et al., 2013; Paul/Moser, 2009, S. 268; Matsekaasa, 1996).

Außerdem besteht die Möglichkeit der *Selektion der Gesunden in Wiederbeschäftigung*. Dabei weisen Arbeitslose mit mentalen Beeinträchtigungen eine verringerte Chance auf, eine neue Beschäftigung zu finden, als diejenigen in guter mentaler Gesundheit (vgl. Cardano et al., 2004; siehe jedoch Crossley/Stanton, 2005; Ginexi et al., 2000; OECD, 2003; Paul/Moser, 2009; Stewart, 2001; Vinokur/Schul, 2002; Wanberg et al., 2010; Wynne/McAnaney, 2004).

Das Risiko der mentalen Beeinträchtigung und das Risiko der Arbeitslosigkeit sind zuletzt auch deshalb korreliert, weil beide gleichzeitig durch weitere beobachtbare und nicht beobachtbare Merkmale der Betroffenen beeinflusst werden (*Konfundierung, indirekte Selektion)*. So weisen Menschen mit geringer Bildung oder mit

einer neurotischen Persönlichkeit sowohl höhere Risiken der mentalen Beeinträchtigung als auch höhere Risiken der Arbeitslosigkeit auf (vgl. Weber/Weber, 2013; Möller/Schmillen, 2008; Bartley et al., 1999).

Auf Basis der oben aufgeführten Mechanismen besteht das Hauptziel des Beitrags darin, den Mechanismus der Verursachung methodisch von den anderen diskutierten Mechanismen zu trennen und Hinweise darauf zu identifizieren, ob Arbeitslosigkeit tatsächlich die mentale Gesundheit kausal beeinträchtigt.

7.1.2 Forschungsstand

Es besteht bereits eine lange Tradition in der Nutzung von Längsschnittdaten, um Erwerbstätige und Nichterwerbstätige miteinander zu vergleichen (vgl. Ross/Mirowsky, 1995). Auch der Vergleich von Personen, die zwischen zwei Zeitpunkten arbeitslos wurden, mit solchen, bei denen dies nicht der Fall war, ist nicht neu (vgl. die Metaanalyse von Paul/Moser, 2009). Mit Fixed-effects-Panelanalysen hat beispielsweise Schmitz (2011) die Effekte der Konfundierung durch unbeobachtete Heterogenität in zeitkonstanten Merkmalen eliminiert. Konventionelle Fixed-effects-Modelle sind jedoch nicht in der Lage, Selektion auf der Grundlage kurzfristiger Gesundheitsveränderungen auszuschließen. So könnte nach wie vor eine plötzliche Verschlechterung der mentalen Gesundheit zwischen zwei Panelwellen relativ kurzfristig zu einem Verlust des Arbeitsplatzes führen.

Eine andere Methode zur Elimination unbeobachteter Heterogenität und der langfristigen Selektion haben Gebel und Voßemer (2014) vorgeschlagen. Im Rahmen eines Propensity-score-matching-Verfahrens konstruieren sie eine Experimentalgruppe aus denjenigen, die zwischen zwei Wellen von der Erwerbstätigkeit in die Arbeitslosigkeit übergewechselt sind. Diese Gruppe wird dann mit einer Kontrollgruppe bestehend aus „statistischen Zwillingen“ verglichen, die in Bezug auf alle einbezogenen Kontrollvariablen identisch ist mit der Experimentalgruppe – mit Ausnahme des Übergangs in die Arbeitslosigkeit. Gebel und Voßemer konnten dabei einen negativen Effekt des Übergangs in die Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit – jedoch keinen Effekt auf die physische Gesundheit – feststellen (vgl. Gebel/Voßemer, 2014). Ihr difference-in-differences-Ansatz kann jedoch auch mit weit weniger komplexen Fixed-effects-Modellen unter Kontrolle von Alter- und Periodeneffekten realisiert werden (vgl. Brüderl, 2010, S. 966). Der Propensity-score-Ansatz

kann außerdem die Selektion durch schnelle Verschlechterung der Gesundheit mit der kurzfristigen Folge der Freisetzung nicht eliminieren.

Viele Studien analysieren daher ausschließlich die Arbeitslosigkeit, die durch Wegfall des Arbeitsplatzes aufgrund einer Betriebsschließung entsteht. Hierbei wird argumentiert, dass es unwahrscheinlich ist, dass der Arbeitsplatzverlust bei Schließung des Betriebs durch mentale Probleme oder durch andere individuelle Charakteristika verursacht wird (vgl. Schmitz, 2011; Paul/Moser, 2009, S. 277). Schmitz (2011) findet unter Anwendung von Fixed-effects-Modellen auf das SOEP heraus, dass nur anderweitige Arbeitsplatzverluste, nicht jedoch solche aufgrund von Betriebsschließung, die mentale Gesundheit beeinflussen. Er schließt daraus, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und mentaler Gesundheit auf eine Selektion derjenigen mit eingeschränkter mentaler Konstitution in die Arbeitslosigkeit zurückzuführen ist (vgl. Böckerman/Ilmakunnas, 2009; Eliason/Storrie, 2009; Kuhn et al., 2009; Salm, 2009; Sullivan/Wachter, 2009; Browning et al., 2006).

Andere Studien stellen negative Einflüsse des Arbeitsplatzverlustes wegen Betriebsschließung auf die mentale Gesundheit des Entlassenen und dessen Partner fest – sogar bei der Nutzung desselben Datenmaterials (vgl. Marcus, 2013).[2] Die Schlussfolgerung, dass alle anderen Arbeitsplatzverluste – ausgenommen der aufgrund von Betriebsschließung – ausschließlich die Folge einer Selektion der mental Beeinträchtigten in die Arbeitslosigkeit sind, ist allerdings alles andere als zwingend.

Obwohl all diese Versuche prinzipiell angemessen sind, so bleibt doch immer ein zentraler Nachteil bestehen: Es wird versucht, den Verursachungseffekt durch den Vergleich von nur zwei aufeinanderfolgenden Beobachtungszeitpunkten zu messen. Der Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit dürfte jedoch sehr unterschiedlich ausfallen, je nachdem, wie lange die Betroffenen den negativen Konsequenzen der Arbeitslosigkeit ausgesetzt sind.

2 Nachteile dieser Herangehensweise sind, dass Betriebsschließungen sehr seltene Ereignisse darstellen, dass ein Arbeitsplatzverlust wegen Betriebsschließung ganz andere Konsequenzen für die mentale Gesundheit haben dürfte als solche aufgrund nachlassender Leistungsfähigkeit (vgl. Brand, 2015, S. 362), und dass von Betriebsschließungen Betroffene eine sozial sehr selektive Gruppe darstellen (vgl. Brand, 2015, S. 362; Schwerdt, 2011; Eliason/Storrie, 2009, S. 1397).

7.1.3 Hypothesen und methodischer Ansatz

Wie die Diskussion des Forschungsstands zeigt, können sehr ausgefeilte Herangehensweisen Selektionseffekte im Sinne umgekehrter Kausalität nicht vollständig ausschließen, da wir nicht wissen können, in welcher zeitlichen Abfolge die beiden Ereignisse „Eintritt in die Arbeitslosigkeit“ und „Rückgang der mentalen Gesundheit“ zwischen zwei Beobachtungen einer Person stattfanden. Daher kann eine mentale Gesundheitsverschlechterung im gleichen Zeitraum wie der Beginn der Arbeitslosigkeit das Resultat umgekehrter Kausalität darstellen. Ein Kausaleffekt ist daher nur dann mit Sicherheit festgestellt, wenn sich die mentale Gesundheit erst in der Zeitperiode *nach derjenigen mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit* verschlechtert.

Aus diesem Grund sollte der Kausal- vom Selektionseffekt durch eine Analyse des Einflusses der Dauer der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit getrennt werden. Hierzu sollten die folgenden Hypothesen über die zeitliche Entwicklung der mentalen Gesundheit aufgrund eines Arbeitsplatzverlustes getestet werden. Ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und mentaler Gesundheit dagegen auf eine reine Selektion der Ungesunden in die Arbeitslosigkeit bedingt, so ist von keinem (langfristige Selektion) oder aber einem zeitkonstanten Effekt (Selektion durch eine kurzfristige Verschlechterung der mentalen Gesundheit) auszugehen.

- **Hypothese 1:** Bezüglich der zeitlichen Entwicklung der mentalen Gesundheit auf Basis eines Kausaleffekts ist das Argument, dass die mentale Verschlechterung erst einige Monate nach dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit eintreten sollte, weil die Betroffenen zunächst noch von finanziellen und sozialen Ressourcen profitieren, die erst nach und nach wegfallen. Langfristig ist dagegen davon auszugehen, dass sich die Betroffenen mit der Situation arrangieren und sich ihre mentale Konstitution wieder erholen dürfte. Zusammengefasst ist also von einem u-förmigen Einfluss der Arbeitslosigkeitsdauer auf die mentale Gesundheit auszugehen.
- **Hypothese 2a**: Gleichzeitig könnte der kausale Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit mit dem Alter bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit variieren. Allerdings gibt es hier konkurrierende Argumente: Ältere Arbeitslose könnten größere Probleme mit dem Wiedereintritt in die Erwerbstätigkeit haben als jüngere; bei ihnen ist außerdem von einem höheren Risiko der sozialen Isolation auszugehen und sie haben mit höherer Wahrscheinlichkeit als die

Jüngeren bereits im früheren Lebensverlauf psychische Beeinträchtigungen erlebt. Innerhalb des u-förmigen Einflusses der Arbeitslosigkeitsdauer sollte daher für ältere Arbeitslose ein stärkerer Rückgang der mentalen Gesundheit zu beobachten sein als für jüngere.

- **Hypothese 2b**: Umgekehrt könnte Arbeitslosigkeit aber auch einen umso stärkeren Effekt auf die individuelle Lebensplanung ausüben, je früher im Lebensverlauf sie eintritt. Die individuellen Lebenschancen wie der Aufbau einer Erwerbskarriere, die Gründung einer Partnerschaft und einer Familie oder der Bau eines Eigenheims sind nach diesem Argument dann stärker beeinträchtigt, wenn all diese Lebensziele wegen des jungen Alters noch nicht erreicht werden konnten. Daher könnte eine lang anhaltende Arbeitslosigkeit die mentale Gesundheit gerade dann besonders stark beeinflussen, wenn die Betroffenen noch relativ jung sind, während die Älteren diese Ziele bereits vor dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit erreicht haben können. Darüber hinaus tragen jüngere Arbeitslose häufig noch die Verantwortung für jüngere Kinder (vgl. im Überblick Jackson/Warr, 1984; Paul/Moser, 2009, S. 266), sodass die manifeste Deprivation zu zusätzlichem Disstress führt. Zusammengefasst kann angenommen werden, dass innerhalb des u-förmigen Effekts der Arbeitslosigkeitsdauer auf die mentale Gesundheit die Verschlechterung der mentalen Gesundheit umso stärker ausfallen sollte, je jünger die Betroffenen bei Eintritt der Arbeitslosigkeit sind.

Sofern es gelingt, solche Zeitpfade nachzuweisen, die nur mit einem kausalen Effekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit vereinbar sind, nicht jedoch mit einem Selektionseffekt der psychisch Angeschlagenen in die Arbeitslosigkeit, ist es gelungen, einen Kausaleffekt zu identifizieren.

7.2 Daten und Methoden

Im Folgenden wird die Datenbasis der nachfolgenden Analysen vorgestellt und alle methodischen Entscheidungen der Datenaufbereitung dokumentiert.

7.2.1 Daten und Analysestichprobe

Um die Hypothesen zu überprüfen, wird im vorliegenden Beitrag eine Panelanalyse der Wellen 2002–2016 des SOEP durchgeführt. Da die erforderlichen Indikatoren zur Messung der mentalen Gesundheit nur alle zwei Jahre erfasst werden, ergibt sich ein Panel aus acht Wellen (2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 und 2016). Wie üblich bei Fixed-effects-Modellen bezieht sich die Analyse nur auf diejenigen, die während des Beobachtungszeitraums mindestens einmal abhängig erwerbstätig waren und in späteren Beobachtungen entweder durchgängig erwerbstätig geblieben sind oder aber einen Übergang in die Arbeitslosigkeit erlebt haben (mindestens ein (weiterer) Monat in Arbeitslosigkeit im Beobachtungszeitraum). Personen, die zwischen Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit häufig hin- und herwechseln, dürften über die verschiedenen Arbeitslosigkeitsperioden hinweg Gesundheitsrisiken kumulieren. Daher werden auch Beobachtungen mit Wiederbeschäftigung nach einer Arbeitslosigkeitsphase berücksichtigt. Es wird zudem in Betracht gezogen, dass eine weitere Arbeitslosigkeitsphase möglich ist. Für die meisten Erwerbspersonen im SOEP liegen allerdings weniger als acht Beobachtungen vor, da alle Beobachtungen vor der ersten identifizierten Erwerbstätigkeitsphase und alle Beobachtungen ab dem Übergang in den Ruhestand wegfallen. Ebenso werden Beobachtungen mit Item-Nonresponse ausgeschlossen. Sollte dann nur noch ein Beobachtungszeitpunkt für den Befragten übrig bleiben, muss dieser aus der Analyse genommen werden (vgl. Tab. 7.1). Außerdem wurde das SOEP seit 2002 um mehrere Auffrischungsstichproben ergänzt. Für Befragte aus diesen Stichproben liegen weniger als acht Beobachtungen vor.

Tab. 7.1: Stichprobendesign

	Beobachtungen (zweijährig) während des Panels			**beobachtete Personen**		
	insgesamt	Beboachtungen mit Arbeitslosigkeit[1)] in den vorangegangenen 24 Monaten		insgesamt	Personen mit mindestens einem Übergang in die Arbeitslosigkeit[1)]	
	N	N	in % von 1	N	N	in % von 4
	1	2	3	4	5	6
gesamtes Panel	172 375	14 782	8,6	54 850	7 827	14,3
nur Beobachtungen in Erwerbsarbeit[2)] oder in Arbeitslosigkeit nach vorangegangener Erwerbstätigkeit	106 061	6 774	6,4	31 914	3 972	12,5
zusätzlich beschränkt auf Befragte mit mehr als einer Beobachtung	96 835	6 774	7,0	22 688	3 752	16,5
zusätzlich beschränkt auf Beobachtungen ohne Item-Nonresponse	93 214	6 454	6,9	22 642	3 647	16,1

1) jede Episode der Arbeitslosigkeit zwischen Beobachtungszeitpunkt t und t-1
2) Befragte in Elternzeit oder im Militärdienst werden als erwerbstätig eingestuft.

Quelle: Sozioökonomisches Panel (SOEP), Wellen 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 und 2016, eigene Berechnung

Aus Tab. 7.1 geht hervor, dass nach diesen Beschränkungen der Stichprobe 93.214 Beobachtungen von 22.642 Befragten analysiert werden. Bei 6.454 Beobachtungen (3.647 Befragte) lag eine Periode mit Arbeitslosigkeit vor.

7.2.2 Gesundheitsindikatoren

Beginnend mit dem Jahr 2002 werden alle zwei Jahre die notwendigen Items zur Konstruktion der MCS erfasst. Dieser Indikator basiert auf dem Befragungsinstrument des SF12v2, einer Kurzversion des international getesteten und reliablen SF36v2-Index (vgl. Ware et al., 2001).[3] Die Items des SF12v2 beruhen auf Selbstberichten der Befragten zu verschiedenen Dimensionen der mentalen und der physischen Gesundheit und beziehen sich explizit auf die vier Wochen vor dem Interview. Der MCS bietet damit insgesamt ein detailliertes, reliables und valides Messinstrument

3 Für die Verwendung des Instruments im SOEP wurde der SF12v2 leicht modifiziert (vgl. Andersen et al., 2007).

für den Status der mentalen (und auch der physischen) Gesundheit (vgl. Gill et al., 2007; Ware et al., 2001; Salyers et al., 2000). Die Gewichte der Items im Index wurden mit einer explorativen Faktoranalyse gewonnen, der Index wurde standardisiert auf einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10 im Referenzjahr 2004 (vgl. Andersen et al., 2007). Im vorliegenden Sample weist die mentale Gesundheit einen Mittelwert von 51,0 auf und variiert zwischen 0,6 (Minimum) und 79,4 (Maximum). Weitere Details zur Stichprobe sind in Tab. 7.2 ersichtlich.

7.2.3 Die Messung von Arbeitslosigkeit

Um auch Arbeitslosigkeitsphasen mit einer kürzeren Dauer als 24 Monate berücksichtigen zu können, wird im vorliegenden Beitrag der Übergang in die Arbeitslosigkeit mit einer generierten Variablen des SOEP gemessen, die die monatlichen Kalender-Spells der Erwerbsbeteiligung auswertet. Die Variable enthält die kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung zum Zeitpunkt des jeweiligen Interviews (in Monaten). Wenn es also zwischen zwei Interviews einen Anstieg gab, muss in den 24 Monaten zwischen den Interviews eine Arbeitslosigkeitsphase von mindestens einem Monat enthalten sein. In diesem Fall erhält eine Dummy-Variable (mindestens einmal arbeitslos in den letzten 24 Monaten) den Wert 1. Zusätzlich wird die Variable genutzt, um die kumulative Arbeitslosigkeitsdauer monatsgenau zu erfassen; die Arbeitslosigkeitsdauer wird jedoch in Jahre umgerechnet. Dabei sind mehrere Phasen der Arbeitslosigkeit möglich. Ist die Person zwischenzeitlich erwerbstätig, wird die Arbeitslosigkeitsdauer in dieser Zeit auf 0 zurückgesetzt; bei neuerlicher Arbeitslosigkeit wird neben der Dauer der aktuellen Arbeitslosigkeitsphase auch die frühere Arbeitslosigkeitserfahrung in den Wert der Arbeitslosigkeitsdauer eingerechnet.

Als zusätzliche Kontrollvariable für langfristige Selektion derer mit ungünstiger mentaler Konstitution in die Arbeitslosigkeit und zur Kontrolle von Antizipationseffekten wird zusätzlich die Beobachtung unmittelbar vor dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit mit einer weiteren Dummy-Variablen gekennzeichnet.

7.2.4 Beschreibung der Analysestichprobe

Wie Tab. 7.2 zeigt, weisen Personen mit wenigstens einem Übergang in die Arbeitslosigkeit im Durchschnitt eine schlechtere mentale Gesundheit auf als Personen, die während des Panels nie in die Arbeitslosigkeit geraten sind. Sie sind außerdem

jünger und leben in Haushalten mit einem geringeren Haushaltseinkommen. Nur 20,8 % von ihnen haben das Abitur. Bei denjenigen, die nie in die Arbeitslosigkeit geraten sind, haben im Vergleich dazu 34,2 % das Abitur. In der Gruppe mit Arbeitslosigkeitserfahrung gibt es zudem mehr Singles, der Frauenanteil überwiegt etwas und weniger Menschen leben zusammen mit Kindern in einem Haushalt als in der Gruppe ohne Arbeitslosigkeitserfahrung. Die Tab. 7.2 informiert auch über die Verteilung der Arbeitslosigkeitsdauer. Sogar bei den relativ langen Dauern (9 bis 14 Jahre) gibt es 37 Beobachtungen.

Tab. 7.2: Stichprobenbeschreibung (Personenjahre von Personen ohne und mit mindestens einer Arbeitslosigkeitsphase)

	Befragte		
	ohne …	**mit …**	
	… wenigstens einem Übergang in die Arbeitslosigkeit		
	arithmetisches Mittel		
mentale Gesundheit (mental health component scale - mcs)[1)]	51,0	49,0	
Alter	46,9	44,3	
	Prozent		
mit Abitur	34,2	20,8	
mit Partner im Haushalt	80,1	70,3	
mit Kindern im Haushalt	56,3	54,3	
weiblich	48,8	50,8	
Personenjahre mit einer Arbeitslosigkeitsdauer[2)] von …	Prozent		(N)
null (in Erwerbstätigkeit)		72,4	(13 059)
… bis zu einem Jahr		8,7	(1 568)
… mindestens einem Jahr, aber weniger als 3 Jahre		12,7	(2 283)
… mindestens 3 Jahren, aber weniger als 5 Jahren		3,4	(617)
… mindestens 5 Jahren, aber weniger als 7 Jahren		1,5	(271)
… mindestens 7 Jahren, aber weniger als 9 Jahren		0,8	(140)
… mindestens 9 Jahren, aber weniger als 11 Jahren		0,4	(73)
… mehr als 11 Jahren		0,2	(37)
N (Personenjahre)	75 166	18 048	

1) Index aus 12 Items (SF12V2), Mittelwert 2004: 50

2) Die Dauer der Arbeitslosigkeit wird monatsgenau aus Kalenderdaten ermittelt.

Quelle: Sozioökonomisches Panel (SOEP), Wellen 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 und 2016, eigene Berechnung

7.2.5 Untersuchungsdesign

Klassische statistische Methoden wie die OLS-Regression oder die gepoolte OLS-Regression (POLS) können einen Kausaleffekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit nicht von einem Effekt der Selektion der weniger Gesunden in die Arbeitslosigkeit trennen. Diese Ansätze basieren im Wesentlichen auf dem Vergleich bedingter Mittelwerte der abhängigen Variablen *zwischen* Individuen mit unterschiedlichen Merkmalsausprägungen – arbeitslos versus erwerbstätig – unter Kontrolle von Drittvariablen.

In einem Fixed-effects-Modell wird für alle Variablen der intra-individuelle Mittelwert von jeder Messung subtrahiert. Dadurch analysiert ein Fixed-effects-Modell ausschließlich die Kovariation der verschiedenen Beobachtungen *innerhalb* der gleichen Individuen (*within-Variation*), anstatt Vergleiche zwischen Gruppen von Individuen durchzuführen (*between-Variation*). Die Individuen werden sozusagen mit sich selbst zu verschiedenen Zeitpunkten verglichen. Da es hinsichtlich zeitkonstanter Merkmale wie z. B. Geschlecht oder Bildung (ab einem höheren Alter) keine intraindividuelle Variation gibt, wird so implizit für jedwede unbeobachtete Heterogenität bezüglich solcher Merkmale kontrolliert und konfundierende Effekte werden eliminiert (vgl. Brüderl, 2010; Angrist/Pischke, 2009; Halaby, 2004; Allison, 1994).

Im Rahmen des Fixed-effects-Modells gibt der Parameterschätzer für Arbeitslosigkeit die durchschnittliche Veränderung der mentalen Gesundheit nach einem Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Arbeitslosigkeit an. Unklar bleibt, was zwischen den 24 Monaten zwischen den beiden Beobachtungen vor und nach dem Wechsel des Erwerbsstatus passiert ist. Vielleicht trat der Arbeitsplatzverlust vor der Verschlechterung der mentalen Gesundheit ein (Verursachung), oder aber das Individuum erlitt zuerst einen psychischen Zusammenbruch, in dessen Folge eine weitere Erwerbstätigkeit kurzfristig nicht mehr möglich war. Beide Szenarien würden zu einem negativen Vorzeichen des Parameterschätzers der Arbeitslosigkeit im Fixed-effects-Modell führen. Daher ist der fixed effect der Arbeitslosigkeit verdächtig, das Resultat einer solchen kurzfristigen Selektion bzw. umgekehrter Kausalität zu sein.

Der Effekt umgekehrter Kausalität zwischen zwei Wellen des Panels sollte über die Arbeitslosigkeitsphase hinweg mehr oder weniger zeitkonstant verlaufen. Kausaleffekte der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit dürften dagegen die oben beschriebene zeitliche Dynamik über die Arbeitslosigkeitsphase entfalten und erst

nach dem Übergang in die Arbeitslosigkeit verstärkt einsetzen. Um den Kausaleffekt zu isolieren, muss daher gezeigt werden, dass der Arbeitslosigkeitseffekt auf die mentale Gesundheit nicht primär durch den Erwerbsstatus gegeben ist, sondern dass er sich vielmehr durch den oben beschriebenen u-förmigen Zeitpfad nach dem Übergang in die Arbeitslosigkeit beschreiben lässt.

Dabei ist zu beachten, dass der Fixed-effects-Schätzer der Arbeitslosigkeit ausschließlich auf der Basis derjenigen Befragten ermittelt wird, die einen Übergang in die Arbeitslosigkeit erlebt haben (*average treatment effect on the treated*, ATET). Es gibt daher keine Information darüber, wie sich die mentale Gesundheit durch Arbeitslosigkeit bei denjenigen verändern würde, die tatsächlich keine Arbeitslosigkeit erfahren haben. Ein negatives Vorzeichen des Parameterschätzers des Erwerbsstatus informiert aber darüber, inwieweit sich die mentale Gesundheit innerhalb der gleichen Person verschlechtert hat, nachdem diese Person in die Arbeitslosigkeit übergegangen ist (vgl. Brüderl, 2010, S. 966).

Um den unterstellten u-förmigen Einfluss der Arbeitslosigkeitsdauer auf die mentale Gesundheit zu modellieren, wird die Arbeitslosigkeitsdauer in Zweijahresintervalle klassiert. Die Effekte der Arbeitslosigkeit und ihrer Dauer werden dabei unter Kontrolle von Alter, Periode und weiterer zeitvariabler konfundierender Merkmale berechnet.

Zusätzlich wird ein Indikator genutzt, der angibt, ob die mentale Gesundheit bei der Beobachtung unmittelbar vor dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit höher oder niedriger ausgefallen ist als in allen Beobachtungen in Erwerbstätigkeit bei dem gleichen Individuum. Ein negatives Vorzeichen des Parameterschätzers für diese Variable ist ein Hinweis auf eine Selektion der relativ Ungesunden in die Arbeitslosigkeit oder für mentale Einschränkungen aufgrund der Antizipation einer bevorstehenden Entlassung in den nächsten 24 Monaten.

Da ein Fixed-effects-Modell nur zeitkonstante unbeobachtete Heterogenität automatisch berücksichtigt, wird in den dargestellten Modellen zusätzlich das Vorhandensein einer potenziellen Bildungsmobilität, einer Partnerschaft und von Kindern im Haushalt kontrolliert.

7.3 Ergebnisse

Welchen Einfluss hat die Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit unter Kontrolle von Alter und weiteren Kovariaten? In Tab. 7.3 werden hierzu in Modell I zunächst die Ergebnisse der POLS präsentiert, wobei die unbeobachtete Heterogenität allerdings nicht kontrolliert wird. Unter Kontrolle von Alter, Bildung und der Haushaltskonstellation fällt die mentale Gesundheit derjenigen, die in den zurückliegenden 24 Monaten mindestens eine Phase der Arbeitslosigkeit erlebten, um 1,65 Skalenpunkte schlechter aus als die der durchgängig Erwerbstätigen. Dieser Effekt enthält sowohl die Unterschiede zwischen den Individuen als auch innerhalb der Individuen über die Beobachtungszeitpunkte hinweg. Daher ist unklar, ob die mentale Gesundheit durch den Übergang in die Arbeitslosigkeit schlechter wurde (Kausaleffekt), ob diejenigen mit angeschlagener mentaler Gesundheit einfach ein höheres Risiko des Arbeitsplatzverlustes haben (Selektion), oder ob unbeobachtete Drittvariablen für den Zusammenhang verantwortlich sind (Konfundierung). Das entsprechende Fixed-effects-Modell (Modell II) kontrolliert zusätzlich die Periodeneffekte und weist einen deutlich niedrigeren intra-individuellen Unterschied von nur noch -0,44 auf. Daraus kann geschlossen werden, dass ein Großteil der Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in Modell I auf inter-individuelle Unterschiede und damit auf Selektion oder Konfundierung zurückzuführen ist. Für den gleichen Befragten fällt die mentale Gesundheit in Phasen der Arbeitslosigkeit um 0,44 Skalenpunkte schlechter aus als in Phasen der Erwerbstätigkeit – unter Kontrolle der Alters- und Periodeneffekte. Allerdings ist dieser Within-Effekt der kurzfristigen Selektion bzw. umgekehrten Kausalität verdächtig: Wir wissen nämlich nicht, ob in den 24 Monaten zwischen den betreffenden Messungen zuerst die Arbeitslosigkeit oder der Rückgang der mentalen Gesundheit eintrat. Also könnte dieser Effekt durch umgekehrte Kausalität verursacht sein.

Da ein u-förmiger Einfluss der Arbeitslosigkeitsdauer auf die mentale Gesundheit vermutet wird, wird der betreffende Effekt in Modell III getrennt für Zweijahresintervalle untersucht. Allerdings ist keiner der betreffenden Effekte im Vergleich zu einer Dauer von weniger als einem Jahr statistisch bedeutsam, wohingegen der Indikator, der die Beobachtung unmittelbar vor der Arbeitslosigkeitsphase markiert, einen hoch signifikanten und starken negativen Effekt aufweist: Unmittelbar vor der Arbeitslosigkeitsphase – d. h. einen bis maximal 24 Monate vorher – fällt

die mentale Gesundheit um einen ganzen Skalenpunkt geringer aus als in anderen Beobachtungen in Erwerbstätigkeit. Da sich die Hypothese eines u-förmigen Zusammenhangs nicht bestätigt hat, wird in Modell IV ein einfacher linearer Einfluss der Arbeitslosigkeitsdauer unterstellt. Hier zeigt sich eine leichte Tendenz dafür, dass sich die mentale Gesundheit in einer Arbeitslosigkeitsphase zunehmend verschlechtert (-0,03), allerdings ist dieser Effekt nicht statistisch bedeutsam. Modell IV kommt also zu ähnlichen Ergebnissen wie Modell III. Insgesamt finden sich keine Hinweise auf die Geltung von Hypothese 1, die den u-förmigen Zusammenhang beschreibt. Die mentale Gesundheit ist durchgängig in allen Beobachtungen in Arbeitslosigkeit in etwa in gleichem Umfang schlechter als in Erwerbstätigkeit.

Somit kann auf Basis dieser Befunde nicht abschließend geklärt werden, ob Arbeitslosigkeit die mentale Gesundheit beeinträchtigt oder ob umgekehrt die Verschlechterung der mentalen Gesundheit kurzfristig den Verlust des Arbeitsplatzes verursacht hat. Da die mentale Gesundheit bei der Beobachtung unmittelbar vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit verschlechtert ist, finden sich eher Hinweise entweder auf einen Selektions- oder auf einen Antizipationseffekt.

In den Modellen V, VI und VII wird getestet, ob die Effekte der Arbeitslosigkeit (Modell V) und der Arbeitslosigkeitsdauer (Modell VI) oder beide (Modell VII) mit dem Alter bei Eintritt der Arbeitslosigkeit variieren. Die Ergebnisse zeigen, dass nur der Einfluss der Arbeitslosigkeitsdauer auf die mentale Gesundheit mit schwacher statistischer Bedeutsamkeit variiert. Das Zusammenwirken von Alter bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit und der Arbeitslosigkeitsdauer wird in Abb. 7.1 grafisch dargestellt. Auf der Basis von Modell VI zeigt die Abbildung, wie sich der Effekt der Arbeitslosigkeit über die Dauer der Arbeitslosigkeit hinweg entwickelt, getrennt nach unterschiedlichen Eintrittsaltern in die Arbeitslosigkeit. Für Befragte, die den Eintritt in die Arbeitslosigkeit in relativ jungem Alter erleben (25–30 Jahre), hat die Arbeitslosigkeit tatsächlich einen (kleinen) negativen Effekt auf die mentale Gesundheit. In diesen Altersgruppen verschlechtert sich die Gesundheit tatsächlich nicht nur unmittelbar nach dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit – hier besteht der Verdacht auf umgekehrte Kausalität bzw. Selektion –, sondern der negative Effekt wird im Zeitverlauf etwas stärker, sodass es hier tatsächlich leichte Hinweise auf einen Kausaleffekt gibt, die wegen des schwachen Signifikanzniveaus jedoch wenig belastbar sind. Hypothese 1 kann also für junge Altersgruppen bestätigt werden.

Tab. 7.3: Einflüsse der Arbeitslosigkeit und weiterer Kovariate auf die mentale Gesundheit (MCS)

	gepoolte OLS-Regression	Fixed-effects-Regression					
	I	II	III	IV	V	VI	VII
arbeitslos (mind. 1x in den letzten 24 Monaten)	-1,65 ***	-0,44 ***	-0,77 ***	-0,81 ***	-0,91 **	-0,84 ***	-0,60 +
Beobachtung unmittelbar vor dem Arbeitsplatzverlust			-1,01 ***	-1,01 ***	-1,02 ***	-1,03 ***	-1,02 ***
Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit (Referenz: Dauer < 1 Jahr) [1]							
mindestens ein Jahr, aber weniger als 3 Jahre			-0,19				
mindestens 3 Jahre, aber weniger als 5 Jahre			-0,19				
mindestens 5 Jahre, aber weniger als 7 Jahre			-0,42				
mindestens 7 Jahre, aber weniger als 9 Jahre			-0,45				
mindestens 9 Jahre, aber weniger als 11 Jahre			0,71				
mehr als 11 Jahre			-0,51				
Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit (lineares Modell) [2]				-0,03	-0,04	-0,22 +	-0,28 +
Alter –18	0,08 ***	0,20 ***	0,19 ***	0,19 ***	0,19 ***	0,19 ***	0,19 ***
Alter –18 (bei Übergang in die Arbeitslosigkeit)* …							
… * arbeitslos (mind. 1x in den letzten 24 Monaten)					0,004		-0,01
… * Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit (lineares Modell)						0,01 +	0,01 +
Abitur	0,33 **	1,78 **	1,77 **	1,77 **	1,77 **	1,77 **	1,77 **
Kohabitation mit Partner	1,13 ***	1,45 ***	1,45 ***	1,45 ***	1,45 ***	1,45 ***	1,45 ***
lebt mit Kindern im Haushalt	-0,22 *	-0,32 **	-0,32 **	-0,32 **	-0,32 **	-0,31 **	-0,31 **
Perioden 2006/08		-0,43 ***	-0,42 ***	-0,42 ***	-0,42 ***	-0,42 ***	-0,42 ***
Perioden 2010/12		-1,62 ***	-1,60 ***	-1,61 ***	-1,61 ***	-1,61 ***	-1,61 ***
Perioden 2014/16 (Referenz: Perioden 2002/04)		-1,30 ***	-1,28 ***	-1,29 ***	-1,29 ***	-1,29 ***	-1,29 ***
Intercept	47,69 ***						
N	93 214	93 214	93 214	93 214	93 214	93 214	93 214
R^2 (overall)	0,02	0,59	0,59	0,59	0,59	0,59	0,59

+ p<=0.10, * p<=0.05, ** p<=0.01, *** p<=0.001

1) Die Referenzkategorie gilt auch für den Fall, dass der Befragte zum Beobachtungszeitpunkt erwerbstätig war – auch wenn bereits Arbeitslosigkeitserfahrung angesammelt war.
2) Die Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit ergibt sich aus der Kumulation der Arbeitslosigkeitserfahrung der Vergangenheit. Bei aktueller Erwerbstätigkeit erhält die Variable jedoch den Wert 0.

Quelle: Sozioökonomisches Panel (SOEP), Wellen 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 und 2016, eigene Berechnung

Der Befund unterstützt außerdem Hypothese 2b, die besagt, dass der negative Effekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit umso starker ausfällt, je früher im Lebensverlauf die Arbeitslosigkeit eintrat. Tritt die Arbeitslosigkeit später im Lebensverlauf ein – insbesondere im Alter von 50–55 Jahren –, verschlechtert sich die mentale Gesundheit nach dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit nur kurzfristig. Die mentale Gesundheit der älteren Arbeitslosen erholt sich nämlich im Zeitverlauf. Daher findet Hypothese 2a keine Unterstützung, wonach die Arbeitslosigkeit einen umso stärkeren Einfluss auf die mentale Gesundheit haben sollte, je später im Lebensverlauf die Arbeitslosigkeit eintritt.

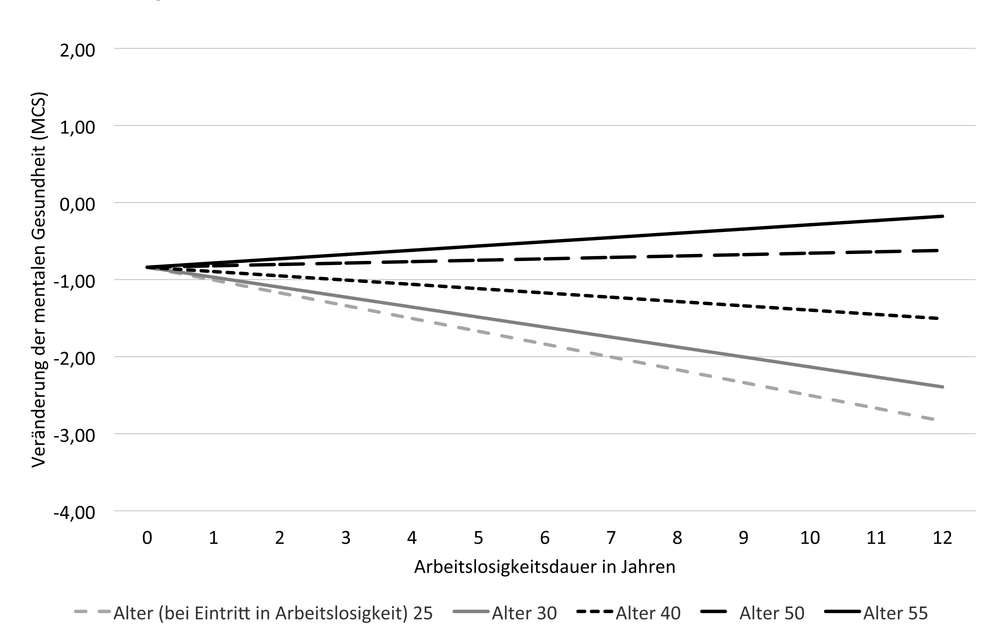


Abb. 7.1: Netto-Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit (MCS) nach Arbeitslosigkeitsdauer und Alter bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit (Modellergebnisse auf Basis von Modell VI in Tabelle 3, Alterungs- und Periodeneffekte sind gegengerechnet)

7.4 Diskussion

Das Ziel dieses Aufsatzes besteht darin, den Verursachungseffekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit von anderen Effekten wie einer Selektion der Ungesunden in die Arbeitslosigkeit oder von konfundierenden Effekten zu trennen. Im Unterschied zu früheren Studien besteht der grundlegende Ansatz, Hypothesen über den Einfluss der Arbeitslosigkeitsdauer auf die mentale Gesundheit zu testen. Die zentralen Ergebnisse legen nahe, dass die schlechtere mentale Gesundheit der Arbeitslosen in erster Linie auf Selektion, umgekehrte Kausalität oder Antizipationseffekte zurückzuführen ist. Die mentale Gesundheit verringert sich bereits in der Beobachtung unmittelbar *vor* dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit. Nur für jene, die bereits früh im Lebensverlauf arbeitslos werden, lässt sich eine zusätzliche Verschlechterung der mentalen Gesundheit mit zunehmender Arbeitslosigkeitsdauer nachweisen – und auch dieser Befund ist nur durch ein schwaches Signifikanzniveau ($p < 0.1$) abgesichert. Für ältere Arbeitslose ist nach einem anfänglichen mentalen Einbruch im weiteren Verlauf der Arbeitslosigkeit sogar eine Erholung erkennbar. Gegebenenfalls sind ältere Arbeitslose besser in der Lage, sich an die Situation anzupassen als jüngere. Vielleicht ist für ältere Arbeitnehmer die Erwerbstätigkeit eine stärkere Belastung als für jüngere, und die Arbeitslosigkeit ist für sie eine Chance zur mentalen Erholung – in ähnlicher Weise wie dies für die Verrentung gezeigt werden konnte (vgl. Bogaard et al., 2016). Der Befund, dass die mentale Gesundheit bereits vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit schlechter wird, kann sowohl als Hinweis auf einen Selektionseffekt bzw. auf eine umgekehrte Kausalität als auch auf einen Antizipationseffekt gedeutet werden – und damit indirekt als Verursachungseffekt.

Die Interpretation der Befunde könnte dadurch beeinträchtigt sein, dass die mentale Gesundheit über die Zeit relativ starken Schwankungen unterliegt. Daher könnten in den 24 Monaten zwischen zwei Beobachtungen viele Auf- und Abwärtsbewegungen in Zusammenhang mit dem Verlust des Arbeitsplatzes und einem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben stattfinden, die durch das zweijährige Panel nicht erfasst werden. Die Befunde wurden verschiedenen Robustheitschecks unterzogen. Sie bleiben qualitativ gleich, wenn man die Analyse auf höchstens eine Arbeitslosigkeitsphase je Befragtem beschränkt oder wenn man Items, die stark an die Einbindung in das Erwerbsleben angelehnt sind, aus dem Gesundheitsindex eliminiert. Ebenfalls

ohne Bedeutung ist die akkumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung vor Panelbeginn (vgl. im Detail Stauder, 2019).

Zusammengefasst zeigen die Befunde, dass der Zusammenhang von mentaler Gesundheit und Arbeitslosigkeit in erster Linie durch Selektionseffekte getrieben wird. Die einzigen Ausnahmen mit schwachen Hinweisen auf einen Kausalitätseffekt betreffen junge Langzeitarbeitslose und jene, die eine Arbeitslosigkeit antizipieren. Damit haben sich die Ergebnisse gegenüber der Originalstudie (vgl. Stauder, 2019), die sich auf die SOEP-Wellen bis 2014 bezog, kaum verändert. Für die *physische* Gesundheit fanden sich dort allerdings sehr deutliche Hinweise auf einen Kausaleffekt der Arbeitslosigkeit, da die Arbeitslosigkeit den Effekt der natürlichen Alterung deutlich verstärkt. Schmitz (2011) fand mit den gleichen Daten ebenfalls keinen Effekt der Arbeitslosigkeit aufgrund von Betriebsschließungen auf die mentale Gesundheit. Gebel und Voßemer (2014) dagegen stellten fest, dass Arbeitslosigkeit die mentale Gesundheit beeinträchtigt. Sowohl Schmitz als auch Gebel und Voßemer beschränken ihre Analyse auf die Zeitpunkte unmittelbar vor und nach dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit. Letzteres Ergebnis ist daher konsistent mit den hier präsentierten Befunden: Unmittelbar nach dem Arbeitsplatzverlust fällt die mentale Gesundheit etwas schlechter aus als zuvor. Das hier präsentierte Argument legt jedoch nahe, dass diese Gesundheitseffekte auf umgekehrte Kausalität zurückgehen können. Allerdings steht der zeitkonstante Effekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit nur unter dem *Verdacht*, durch umgekehrte Kausalität entstanden zu sein. Daher bleibt weiterhin unklar, ob dieser zeitkonstante Effekt auf einen Verursachungseffekt der Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit oder umgekehrt der mentalen Gesundheit auf die Arbeitslosigkeit zurückzuführen ist.

Literatur

Allison, P. D. (1994). *Using Panel Data to Estimate the Effects of Events.* Sociological Methods and Research, 23 (2), S. 174–199.

Andersen, H. H./Mühlbacher, A./Nübling, M./Schupp, J. et al. (2007). *Computation of standard values for physical and mental health scale scores using the SOEP version of SF-12v2.* Schmollers Jahrbuch – Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 127 (1), S. 171–182.

Angrist, J. D./Pischke, J.-S. (2009). *Mostly Harmless Econometrics.* Princeton: Princeton University Press.

Bartley, M./Ferrie, J./Montgomery, S. M. (1999). *Living in a high-unemployment economy.* In: Marmot, M./Wilkinson, R. G. (Hrsg.): Social determinants of Health. Oxford: Oxford University Press, S. 81–104.

Böckerman, P./Ilmakunnas, P. (2009). *Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data.* Health economics, 18 (2), S. 161–179.

Bogaard, L. van den/Henkens, K./Kalmijn, M. (2016). *Retirement as a Relief? The Role of Physical Job Demands and Psychological Job Stress for Effects of Retirement on Self-Rated Health.* European Sociological Review, 32 (2), S. 295–306.

Brand, J. E. (2015). *The Far-Reaching Impact of Job Loss and Unemployment.* Annual Review of Sociology, (41), S. 359–375.

Browning, M./Dano, A. M./Heinesen, E. (2006). *Job displacement and stress-related health outcomes.* Health economics, 15 (10), S. 1061–1075.

Brüderl, J. (2010). *Kausalanalyse mit Paneldaten.* In: Wolf, C./Best, H. (Hrsg.): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien, S. 963–994.

Bundesagentur für Arbeit (2019). *Anspruch, Höhe, Dauer.* https://www.arbeitsagentur.de/finanzielle-hilfen/anspruch-hoehe-dauer-arbeitslosengeld (23.09.2019).

Cardano, M./Costa, G./Demaria, M. (2004). *Social mobility and health in the Turin longitudinal study.* Social Science & Medicine, 58 (8), S. 1563–1574.

Chandola, T./Bartley, M./Sacker, A./Jenkinson, C. et al. (2003). *Health selection in the Whitehall II study, UK.* Social Science & Medicine, 56 (10), S. 2059–2072.

Christensen, U./Kriegbaum, M./Hougaard, C. O/Mortensen, O. S. (2008). *Contextual factors and social consequences of incident disease.* The European Journal of Public Health, 18 (5), S. 454–459.

Crossley, C. D./Stanton, J. M. (2005). *Negative affect and job search.* Journal of Vocational Behavior, 66 (3), S. 549–560.

Eliason, M./Storrie, D. (2009). *Does Job Loss Shorten Life?* The Journal of Human Resources, 44 (2), S. 277–302.

Ferrie, J. E./Shipley, M. J./Marmot, M. G./Stansfeld, S. (1995). *Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study.* British Medical Journal Clinical Resaerch, 311 (7015), S. 1264–1269.

García-Gómez, P./Jones, A. M./ Rice, N. (2010). *Health effects on labour market exits and entries.* Labour Economics, 17 (1), S. 62–76.

Gebel, M./Voßemer, J. (2014). *The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach.* Social Science & Medicine, 108, S. 128–136.

Gill, S. C./Butterworth, P./Rodgers, B./Mackinnon, A. (2007). *Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population.* Psychiatry Research, 152 (1), S. 63–71.

Ginexi, E. M./Howe, G. W./Caplan, R. D. (2000). *Depression and control beliefs in relation to reemployment: What are the directions of effect?* Journal of Occupational Health Psychology, 5 (3), S. 323–336.

Halaby, C. N. (2004). *Panel Models in Sociological Research: Theory into Practice.* Annual Review of Sociology, 30 (1), S. 507–544.

Jackson, P. R./Warr, P. B. (1984). *Unemployment and psychological ill-health: The Moderating Role of Duration and Age.* Psychological Medicine, 14 (3), S. 605–614.

Jahoda, M. (1987). *Unemployed men at work.* In: Fryer, D./Ullah, P. (Hrsg.): Unemployed people. Social and psychological perspectives. Milton Keynes: Open University Press, S. 1–73.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment.* Cambridge/New York: Cambridge University Press.

Korpi, T. (2001). *Accumulating Disadvantage. Longitudinal Analyses of Unemployment and Physical Health in Representative Samples of the Swedish Population.* European Sociological Review, 17 (3), S. 255–273.

Kuhn, A./Lalive, R./Zweimüller, J. (2009). *The public health costs of job loss.* Journal of Health Economics, 28 (6), S. 1099–1115.

Lindholm, C./Burström, B./Diderichsen, F. (2001). *Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes?* Scandinavian Journal of Public Health, 29 (1), S. 63–70.

Marcus, J. (2013). *The effect of unemployment on the mental health of spouses – Evidence from plant closures in Germany.* Journal of Health Economics, 32 (3), S. 546–558.

Matsekaasa, A. (1996). *Unemployment and Health.* Journal of Community & Applied Social Psychology, 6, S. 189–205.

Möller, J./Schmillen, A. (2008). *Verteilung von Arbeitslosigkeit im Erwerbsleben.* http://doku.iab.de/kurzber/2008/kb2408.pdf (17.09.2018).

OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2003). *Employment Outlook 2003.* Paris: OECD.

Paul, K. I./Moser, K. (2009). *Unemployment impairs mental health: Meta-analyses.* Journal of Vocational Behavior, 74 (3), S. 264–282.

Riphahn, R. T. (1999). *Income and employment effects of health shocks. A test case for the German welfare state.* Journal of Population Economics, 12 (3), S. 363–389.

Ross, C. E./Mirowsky, J. (1995). *Does Employment Affect Health?* Journal of Health and Social Behavior, 36 (3), S. 230–243.

Salm, M. (2009). *Does job loss cause ill health?* Health economics, 18 (9), S. 1075–1089.

Salyers, M. P./Bosworth, H. B./Swanson, J. W./Lamb, J. (2000). *Reliability and validity of the SF-12 health survey among people with severe mental illness.* Medical Care, 38 (11), S. 1141–1150.

Schmitz, H. (2011). *Why are the unemployed in worse health?* Labour Economics, 18 (1), S. 71–78.

Schwerdt, G. (2011). *Labor turnover before plant closure: "Leaving the sinking ship" vs. "Captain throwing ballast overboard".* Labour Economics, 18 (1), S. 93–101.

Stauder, J. (2019). *Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation?* European Journal of Health Economics, 20 (1), S. 59–57.

Stewart, J. M. (2001). *The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status.* Journal of Health Economics, 20 (5), S. 781–796.

Sullivan, D./Wachter, T. von (2009). *Job Displacement and Mortality: An Analysis Using Administrative Data.* Quarterly Journal of Economics, 124 (3), S. 1265–1306.

Varekamp, I./Dijk, F. van (2010). *Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases.* Occupational Medicine, 60 (4), S. 287–293.

Varekamp, I./Dijk, F. van/Kroll, L. E. (2013). *Workers with a chronic disease and work disability. Problems and solutions.* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56 (3), S. 406–414.

Vinokur, A. D./Schul, Y. (2002). *The web of coping resources and pathways to reemployment following a job loss.* Journal of Occupational Health Psychology, 7 (1), S. 68–83.

Wanberg, C. R./Zhu, J./Hooft, E. van (2010). *The Job Search Grind: Perceived Progress, Self-Reactions, and Self-Regulation of Search Effort.* The Academy of Management Journal, 53 (4), S. 788–807.

Ware, J. E./Dewey, J. E./Kosinski, M. (2001). *How to score version 2 of the SF-36 health survey.* Lincoln: QualityMetric.

Weber, A./Hörmann, G./Heipertz, W. (2007). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht.* Deutsches Ärzteblatt, 104 (43), S. 2957–2962.

Weber, B./Weber, E. (2013). *Qualifikation und Arbeitsmarkt: Bildung ist der beste Schutz vor Arbeitslosigkeit.* http://doku.iab.de/kurzber/2013/kb0413.pdf (17.09.2019).

Wynne, R./McAnaney, D. (2004). *Employment and Disability.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Young, C. (2012). *Losing a Job: The Nonpecuniary Cost of Unemployment in the United States.* Social Forces, 91 (6), S. 609–634.

8 Psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland

Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan

KLAUS ZOK; HELMUT SCHRÖDER

Über die subjektive gesundheitliche Lage Geflüchteter in Deutschland ist bislang wenig bekannt. Die Ergebnisse einer Befragung von 2.021 Geflüchteten aus Syrien, dem Irak und Afghanistan, die erst bis zu zwei Jahre in Deutschland sind und noch in Aufnahmeeinrichtungen zu erreichen waren, zeigen: Rund drei Viertel der Schutzsuchenden haben unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren und sind oft mehrfach traumatisiert. Im Vergleich zu Geflüchteten, denen diese Erlebnisse erspart blieben, berichten sie mehr als doppelt so oft über physische und psychische Beschwerden. Mehr als zwei Fünftel aller Befragten zeigen Anzeichen einer depressiven Erkrankung. Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ein geringer Alkoholkonsum, jedoch wird häufiger geraucht und weniger Sport getrieben. Mehr als zwei Drittel der Befragten haben in den letzten sechs Monaten einen Arzt aufgesucht. Die häufigsten Gründe waren allgemeine Gesundheitsuntersuchungen, gefolgt von akuten leichten Erkrankungen. Mehr als jeder zweite Patient äußert sich zufrieden mit der medizinischen Behandlung. Allerdings stellt die sprachliche Barriere eine Herausforderung dar: Mehr als jeder Zweite berichtet über große Schwierigkeiten in der Arztpraxis oder im Krankenhaus. Eine angemessene Sprach- und Kulturmittlung würde einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem ermöglichen und der erfolgreichen Integration in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt förderlich sein.

8.1 Einleitung

Der aktuelle Erkenntnisstand über die gesundheitliche Situation, die physischen und psychischen Beschwerden, das Gesundheitsverhalten wie auch das Inanspruchnahmeverhalten von Geflüchteten aus den unsicheren Herkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan ist derzeit noch unzureichend (vgl. Brücker et al., 2018). Da für eine Integration von Geflüchteten und deren Familien in die deutsche Gesellschaft mit Kindergarten, Schule und Arbeitswelt bis hin zu Kultur, Medien und Sport eine gute

gesundheitliche Ausgangssituation und Gesundheitsversorgung förderlich sind, besteht hier aktuell ein Erkenntnisdefizit.[1] Dokumentationen medizinischer Pflichtuntersuchungen liegen nicht flächendeckend vor, sie sind zudem nicht standardisiert vergleichbar. Zudem geben sie keine Auskunft über durchlebte Belastungen und darüber, wie gesund oder krank sich Menschen fühlen. Vor diesem Hintergrund wurde eine Befragung Geflüchteter durchgeführt, um mehr Informationen zu ihrer subjektiven gesundheitlichen Lage zu erhalten. Im Fokus standen dabei Geflüchtete, die Deutschland erst vor kurzem erreicht haben und noch nicht in das Gesundheitssystem integriert sind.

8.2 Geflüchtete: Herkunft und Demografie

Mit dem Fokus auf Geflüchtete aus Syrien, Afghanistan und dem Irak wird mehr als die Hälfte aller Personen mit einem Erstasylantrag zwischen Januar 2015 und Mai 2018 als Grundgesamtheit definiert (vgl. Tab. 8.1). Von den insgesamt über 1,4 Millionen Personen, die in diesem Zeitraum erstmals einen Asylantrag gestellt haben, stammten 825.000 Schutzbedürftige aus diesen drei Ländern (59,6 % aus Syrien, 22,0 % aus dem Irak und 18,4 % aus Afghanistan).

Die Verteilungen nach dem Herkunftsland sowie dem Alter und dem Geschlecht der Geflüchteten entsprechend den amtlichen Informationen zu Erstasylanträgen (vgl. BAMF, 2018a) werden auch bei den Befragten dieser Studie deutlich. Die Stichprobenanteile der drei Herkunftsländer setzen sich wie folgt zusammen: 46,5 % der Befragungsteilnehmer stammen aus Syrien, 35,6 % aus dem Irak und 17,9 % aus Afghanistan. Hier liegt der Anteil Erwachsener unter 30 Jahren bei 48,8 %. Das Durchschnittsalter liegt bei 32,7 Jahren (Männer: 31,6 Jahre; Frauen: 34,9 Jahre). Dabei ist zu berücksichtigen, dass ausschließlich Geflüchtete im Alter von 18 Jahren und älter befragt wurden. Die 29.000 unbegleiteten Minderjährigen, die Anfang 2018 in der Zuständigkeit der Jugendhilfe waren, sind nicht in der Grundgesamtheit enthalten (vgl. Mediendienst Integration, o. J.). In der vorliegenden Stichprobe sind zwei Drittel (67,1 %) der Befragten Männer und 32,9 % Frauen (vgl. Tab. 8.2).

1 Einige der nachfolgenden Ausführungen sowie die dargestellte Untersuchung sind in dieser oder abgewandelter Form bereits auf der Website des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zu finden (vgl. Schröder et al., 2018).

Tab. 8.1: Asylanträge (Erstanträge) in Deutschland nach Staatsangehörigkeit der Antragsteller (BAMF, 2018a; BAMF, 2018b, zitiert nach Schröder et al., 2018, S. 2)

	Syrien	Afghanistan	Irak	Summe hier	gesamt
2015	158.657	31.382	29.784	219.823	441.899
Anteil 2015 in %	*35,9 %*	*7,1 %*	*6,7 %*	*49,7 %*	*100 %*
2016	266.250	127.012	96.116	489.378	722.370
Anteil 2016 in %	*36,9 %*	*17,6 %*	*13,3 %*	*67,7 %*	*100 %*
2017	48.974	16.423	21.930	87.327	198.317
Anteil 2017 in %	*24,7 %*	*8,3 %*	*11,1 %*	*44,0 %*	*100 %*
2018 (Januar bis Mai)	17.587	6.901	4.210	28.698	68.368
Anteil 2018 in %	*25,7 %*	*10,1 %*	*6,2 %*	*42,0 %*	*100 %*
Summe hier	491.468	181.718	152.040	825.226	1.430.954
Anteil hier in %	*34,3 %*	*12,7 %*	*10,6 %*	*57,7 %*	*100 %*

Tab. 8.2: Alter, Geschlecht und Herkunftsland befragter Geflüchteter (Schröder et al., 2018, S. 3)

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Herkunftsland		
		Männer	Frauen	Syrien	Afghanistan	Irak
Anzahl Befragte	*2.021*	*1.356*	*665*	*940*	*362*	*719*
18 bis < 30 Jahre	48,8 %	52,9 %	40,5 %	48,2 %	55,2 %	46,3 %
30 bis < 40 Jahre	27,3 %	26,9 %	28,1 %	27,1 %	26,5 %	28,0 %
40 bis < 50 Jahre	13,3 %	11,2 %	17,4 %	13,4 %	9,9 %	14,7 %
≥ 50 Jahre	10,6 %	9,0 %	14,0 %	11,3 %	8,3 %	11,0 %
Durchschnittsalter	32,7	31,6	34,9	33,0	31,1	33,2

Knapp die Hälfte der Befragten ist in ihrem Herkunftsland mehr als neun Jahre zur Schule gegangen (vgl. Tab. 8.3), was der Dauer der Pflichtschulzeit in Syrien, Irak und Afghanistan entspricht (vgl. Stoewe, 2017, S. 15 ff.). Insgesamt geben 44,8 % eine Dauer von mehr als neun Jahren Schulbesuch an. Dieser Anteil ist bei Männern höher (45,7 %) als bei Frauen (42,9 %). 6,9 % haben keine formale Schulbildung, insbesondere bei Älteren (Geflüchtete < 30 Jahre: 3,4 %; ≥ 50 Jahre: 19,5 %) und bei Frauen ist dieser Anteil höher (Männer: 4,4 %; Frauen: 12,2 %).

Tab. 8.3: Dauer der aktuellen Schulbildung (Schröder et al., 2018, S. 4)

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte mit Angaben zur Schulbildung	*1.818*	*1.251*	*567*	*924*	*508*	*224*	*162*
1 Jahr bis unter 10 Jahre Schulbildung	55,2 %	54,3 %	57,1 %	52,5 %	55,7 %	66,1 %	53,7 %
10 und mehr Jahre Schulbildung	44,8 %	45,7 %	42,9 %	47,5 %	44,3 %	33,9 %	46,3 %
durchschnittliche Schulbildung in Jahren	9,4	9,5	9,2	9,4	9,7	9,0	9,1

Die Mehrheit der Befragten hat vor der Flucht im Herkunftsland einen Beruf ausgeübt (vgl. Abb. 8.1). Davon waren die meisten im Handwerk (11,0 %) oder als Hilfsarbeiter (10,6 %) beschäftigt. 30,8 % hatten kein eigenes Erwerbseinkommen (Schüler, Studierende, Hausarbeit, Rentner). Rund jeder Zehnte war zuletzt ohne Arbeit (9,5 %). Das Tätigkeitsspektrum im Herkunftsland der vor kurzem in Deutschland angekommenen Geflüchteten ähnelt dem der volljährigen Asylerstantragsteller aus diesen Herkunftsländern im Jahr 2017 (vgl. Schmidt, 2018).

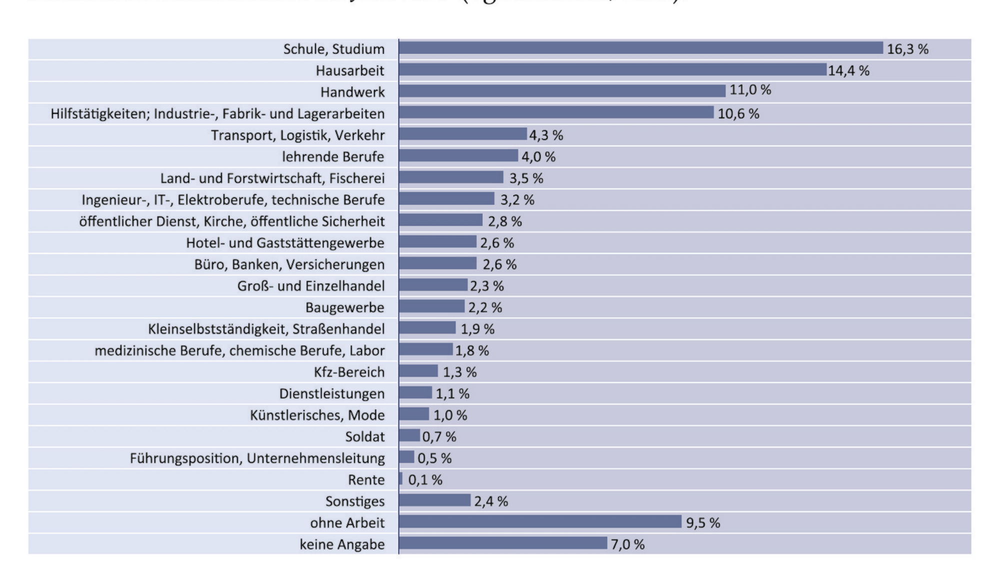


Abb. 8.1: Letzter Tätigkeitsbereich im Herkunftsland, n = 1.880 (Schröder et al., 2018, S. 5)

Flucht vor Krieg und Verfolgung unterscheidet sich von anderen Migrationsgründen wie etwa der Erwerbsmigration vor allem auch dadurch, dass es sich meistens nicht um einen lang geplanten und langfristig angelegten Prozess handelt. Ziel- und Transitländer sowie die Aufenthaltsdauer sind zu Beginn der Flucht oft noch unbekannt. Die Mehrheit der befragten Schutzsuchenden ist zusammen mit Familie, Freunden oder Bekannten geflüchtet (61,8 %). 40,2 % geben an, allein nach Deutschland gekommen zu sein. Bei Männern (50,7 %) und Personen unter 30 Jahren (50,1 %) ist dieser Anteil höher.

8.3 Methodik

Gegenstand der Erhebung waren die gesundheitliche Situation, die gesundheitliche Kompetenz und die Gesundheitserfahrungen von Geflüchteten aus den unsicheren Herkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan. Dabei ging es vor allem um Gesundheitserfahrungen von Geflüchteten, die gerade in Deutschland angekommen sind. Im Mittelpunkt standen Geflüchtete vor einer Integration ins deutsche Gesundheitssystem.

Geflüchtete aus Syrien, Irak und Afghanistan im Alter von 18 Jahren und älter, die sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht länger als zwei Jahre in der Bundesrepublik aufhielten, bildeten die Grundgesamtheit der vorliegenden Stichprobe. Die Beschränkung der Aufenthaltsdauer sollte eine Nähe zur Ankunft gewährleisten.

Im Zeitraum vom 22.05.2017 bis zum 07.03.2018 wurden 2.021 Geflüchtete aus 260 Erstaufnahmeeinrichtungen und Unterkünften/Unterbringungseinrichtungen in den Kommunen befragt. Die Repräsentativität lässt sich bei dieser Zielpopulation nicht überprüfen, da keine eindeutige Definition der Grundgesamtheit möglich war und keine zuverlässige bundesweite Auswahlgrundlage über zeitnah eingetroffene Geflüchtete mit statistischen Verteilungsinformationen der Auswahlgesamtheit vorlag. Ein Abgleich mit offiziellen Zahlen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurde an verschiedenen Stellen im Beitrag als Referenz herangezogen, obwohl sich die Grundgesamtheit der Erstasylantragsteller auch aufgrund der zeitlichen Abgrenzung nach Kalenderjahren von der Grundgesamtheit dieser befragten Stichprobe unterscheidet.

Einige Bundesländer wurden nicht einbezogen oder sind unterrepräsentiert (z. B. Thüringen, Hessen, Saarland). Dies liegt daran, dass amtliche Genehmigungen fehlten, eine Überlastung des Personals in den Einrichtungen angegeben wurde oder die Präsenz von Flüchtlingen aus den relevanten Herkunftsländern zu gering war. Es wurde allerdings darauf geachtet, dass ausreichende Fallzahlen auf der Ebene der Nielsen-Gebiete erreicht wurden (vgl. Abb. 8.2).

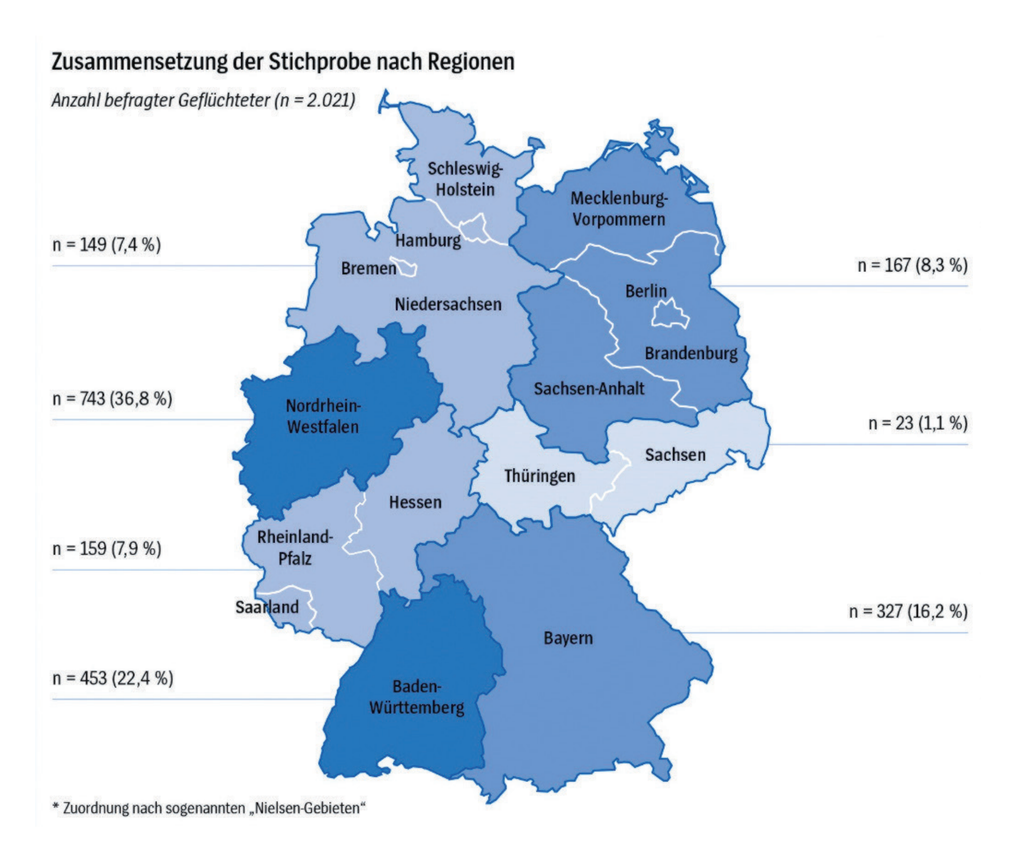


Abb. 8.2: Zusammensetzung der Stichprobe nach Region, entsprechend den Nielsen-Gebieten (Schröder et al., 2018, S. 9)

8.3.1 Befragungsmethode

Eine Kontaktaufnahme mit den Zielpersonen konnte nur nach Zustimmung der zuständigen Behörden bzw. Ämter und der verantwortlichen Leitungen der Unterkünfte erfolgen. Nach einer erfolgreichen Kontaktierung der Einrichtungen wurde i. d. R. auf Wunsch der Verantwortlichen als Entscheidungsgrundlage eine Beschreibung des Vorgehens per E-Mail verschickt. Letztes Glied in der Kontaktkette war die Unterkunft selbst. Die Rekrutierung von Befragungsteilnehmern in den einzelnen Einrichtungen erfolgte in der folgenden Form:

1. Bekanntmachung und Einladung der Bewohner aus den Herkunftsländern zu bestimmten Terminen
2. Aufsuchen der Geflüchteten in ihren Fluren und Zimmern oder auf dem Gelände
3. Kontaktaufnahme mit den Geflüchteten zu bestimmten Ereignissen (z. B. bei der Erstregistrierung, bei Mahlzeiten oder in Warteräumen)

Da Gesundheitsthemen persönliche und sensible Fragen umfassen, war vorgesehen, die Befragung selbst-administriert online durchzuführen. Als Ein- und Ausgabegeräte mit Verbindung zum Internet wurden Handys und Smartphones eingesetzt, da davon auszugehen war, dass der Gebrauch dieser Geräte unter Geflüchteten zum Alltag gehört. Im Idealfall sollten die Geflüchteten den Fragebogen selbst mit dem eigenen Gerät ausfüllen (mithilfe des Programms CAWI – Computer Assisted Web Interviewing). Jede Zielperson bekam in der jeweiligen Landessprache eine URL mitgeteilt, auf der der Fragebogen zu finden war. Außerdem gab es für jede Zielperson einen individuellen Zugangscode.

8.3.2 Fragebogenentwicklung, Qualitätssicherung, Pretest

Die Erstellung eines standardisierten Fragebogens erfolgte im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und wurde durch eine methodische Beratung vom Mannheimer GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften unterstützt. Im Fokus standen die Themen subjektive physische und psychische Gesundheit, Gesundheitsbelastungen und -beschwerden, Gesundheitsverhalten sowie Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen von Flüchtlingen in den letzten zwei Jahren. Die einzelnen Fragen stammen zum Teil aus validierten Instrumenten – z. B. aus der Studie zur

Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011 des Robert Koch-Instituts – oder wurden im Vorfeld im WIdO entwickelt. Die zum Vergleich herangezogenen Ergebnisse über die erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland hat das Robert Koch-Institut (RKI) freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Nach der inhaltlichen Konsentierung des Fragebogens im deutschkulturellen Kontext wurden Experten aus den jeweiligen Herkunftsländern hinzugezogen, woraufhin Anpassungen im Bereich der soziodemografischen Fragen notwendig waren. Ein Übersetzungsbüro hat dann den Fragebogen in die Sprachen der Herkunftsländer (Arabisch, Farsi, Kurmanci) übersetzt. Der übersetzte Fragebogen wurde in einer Mischung von Usability-Test und Pretest (vgl. Tarnai et al., 2004) je zehn Zielpersonen vorgelegt, um mögliche Probleme mit den Fragen und in der Handhabung zu erkennen, etwa beim Aufruf des Links zur Eingabe des Zugangscodes. Die Teilnehmer konnten zu Beginn entscheiden, in welcher Sprache sie den Fragebogen beantworten wollen. Die bevorzugte Interviewsprache war Arabisch, gefolgt von Farsi.
Die Befragung unterlag folgender Datenschutzregelung:

- Die Befragungen in den unterschiedlichen Einsatzorten wurden von den zuständigen staatlichen und kommunalen Behörden genehmigt.
- Die Befragten waren mindestens 18 Jahre alt.
- Die Befragten wurden über den Inhalt der Befragung in ihrer Muttersprache informiert.
- Die Befragten wurden auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen.
- Es wurden keine Namen und Adressen erhoben; eine Identifikation der Befragten auf der Basis der Befragungsdaten ist nicht möglich.
- Der Server, der in der Online-Befragung eingesetzt wurde, befindet sich in Deutschland und wurde vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifiziert.

Leitbild für die Teilnahme an der Befragung war die informierte Zustimmung. Medizinische Untersuchungen wurden nicht durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie wurde zu jedem Zeitpunkt der Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbands Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) in seiner Fassung vom 10.06.2017 eingehalten.

8.4 Ergebnisse

Doch wie bewerten die befragten Geflüchteten ihren eigenen Gesundheitszustand? Wie sieht es mit dem eigenen Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland aus? Antworten dazu werden in den folgenden Kapiteln gegeben. Dabei werden die Antworten der befragten Geflüchteten den Ergebnissen aus Befragungen von Vergleichsgruppen der Wohnbevölkerung in Deutschland gegenübergestellt.

8.4.1 Angaben zur subjektiven Gesundheit

Als zentraler Aspekt subjektiven Wohlbefindens gilt die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustands. Vergleicht man die Ergebnisse mit den nach Altersgruppen stratifizierten Ergebnissen der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011, zeigt sich: Geflüchtete schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand subjektiv deutlich schlechter ein, als dies Vergleichsgruppen der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland tun (vgl. Tab. 8.4), auch wenn die Mehrheit der geflüchteten Personen die Eingangsfrage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ im Durchschnitt mit „sehr gut“ oder „gut“ (61,4 %) beantwortet (vgl. Brücker et al., 2018; Brähler et al., 2007). Auch wenn nur vergleichsweise gesunde Menschen die Belastungen einer langen Flucht nach Deutschland auf sich genommen haben, ist dies vermutlich Ausdruck ihrer spezifischen Situation. Dies scheint nicht verwunderlich, betrachtet man Ursachen und Folgen der beschwerlichen Flucht, die im Vergleich zur erwachsenen Wohnbevölkerung ggf. schlechtere Lebenssituation in den Erstaufnahmeeinrichtungen als auch ungewisse Zukunftsaussichten. Hinzu kommen möglicherweise Ängste und Sorgen angesichts der Situation in der Heimat. Räumliche Enge, belastende Lautstärke und mangelnde Privatsphäre können den subjektiven Gesundheitszustand ebenfalls negativ beeinflussen – ebenso wie der Umstand, dass der Alltag in den Flüchtlingsunterkünften oft von Langeweile und Unwissenheit über die eigene Zukunftsperspektive bestimmt ist und viele Geflüchtete aus verschiedenen Herkunftsländern in derselben Einrichtung untergebracht sind (vgl. Hess et al., 2018; Hofmann/Scherr, 2017; Hess/Elle, o. J.).

Tab. 8.4: Subjektive Einschätzung der Gesundheit – vergleichende Darstellung der Bewertungen erwachsener Geflüchteter und der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland (RKI, 2013, zitiert nach Schröder et al., 2018, S. 10)

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
erwachsene Geflüchtete[1]							
Anzahl Befragte	*2.021*	*1.356*	*665*	*986*	*552*	*268*	*215*
(sehr) gut	61,4 %	64,5 %	55,1 %	67,1 %	64,5 %	55,2 %	34,9 %
erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland[2]							
Anzahl Befragte	*7.897*	*3.753*	*4.144*	*1.071*	*1.002*	*1.522*	*4.302*
(sehr) gut	74,8 %	76,7 %	72,8 %	90,7 %	87,3 %	77,9 %	62,4 %

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
erwachsene Geflüchtete[1]							
Anzahl Befragte	*2.021*	*1.356*	*665*	*986*	*552*	*268*	*215*
(sehr) schlecht	12,3 %	11,2 %	14,1 %	10,2 %	9,2 %	14,9 %	26,0 %
erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland[2]							
Anzahl Befragte	*7.897*	*3.753*	*4.144*	*1.071*	*1.002*	*1.522*	*4.302*
(sehr) schlecht	2,7 %	3,0 %	2,6 %	0,4 %	1,1 %	1,8 %	4,7 %

1) Datenbasis: Studie zur Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland 2017/2018
2) Datenbasis: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011

Da Gesundheitsbeschwerden der Geflüchteten mutmaßlich auf traumatische Erlebnisse und Erfahrungen vor dem Hintergrund von Krieg, Gewalt und Verfolgung in den Herkunftsländern zurückzuführen und im Zusammenhang mit der eigenen Flucht zu sehen sind, wurde gezielt und standardisiert nach diesen Erfahrungen gefragt („Haben Sie die nachfolgenden Ereignisse schon einmal selbst erlebt?"). Demnach geben rund drei Viertel (74,7 %) der befragten Schutzsuchenden aus Syrien, Afghanistan und dem Irak an, Gewalt in unterschiedlichen Formen persönlich erlebt zu haben. Zwischen den Geschlechtern unterscheidet sich die Gesamtprävalenz nicht (Männer: 74,5 %; Frauen: 75,2 %). Bezogen auf die Altersgruppen waren es 72,1 % der unter 30-Jährigen, 74,3 % der 30- bis unter 40-Jährigen, 83,1 % der 40- bis unter 50-Jährigen sowie 82,8 % in der Gruppe der ab 50-Jährigen, die über mindestens ein traumatisches Erlebnis berichten.

Bei den Angaben zu traumatischen Ereignissen überwiegen Kriegserlebnisse (60,4 %) oder Angriffe durch Militär oder Bewaffnete (40,2 %) (vgl. Abb. 8.3). Bei jedem Dritten sind in der Folge Angehörige oder nahestehende Personen verschleppt worden, verschwunden (34,8 %) oder gewaltsam ums Leben gekommen (15,4 %). Weniger als ein Viertel (22,5 %) hat keines dieser traumatischen Erlebnisse selbst erlebt. Mehrfachtraumatisierungen sind häufig: 16,3 % aller Befragungsteilnehmer

gaben nur ein Trauma an, 15,1 % berichten von zwei Traumata und 12,5 % gaben drei Traumata an. 30,7 % haben mehr als drei Traumata erlebt. Insgesamt 2,8 % der Teilnehmer haben diese Fragen nicht beantwortet – wohl auch, weil genau solche Fragen als problematisch erlebt werden können.



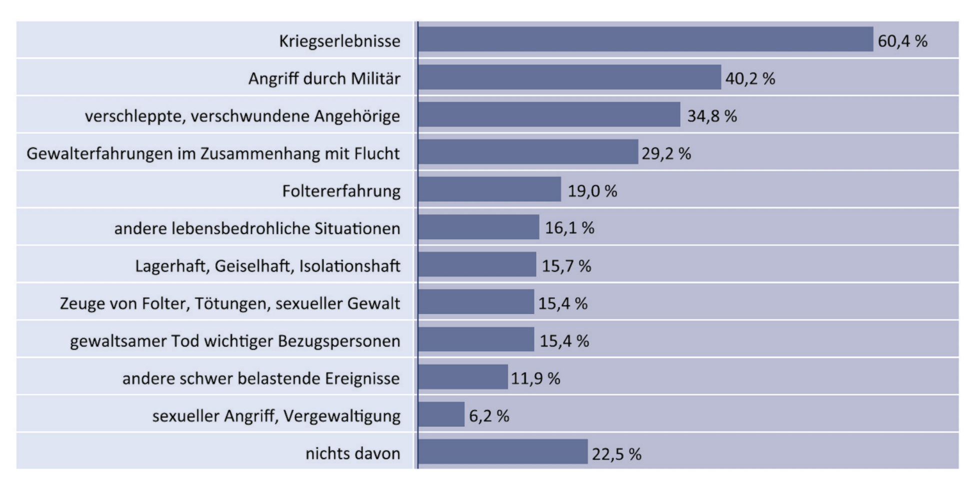


Abb. 8.3: Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse bei erwachsenen Geflüchteten, n = 1.965 (Schröder et al., 2018, S. 8)

Das Ergebnis einer standardisierten Listenabfrage nach dem Vorliegen einzelner gesundheitlicher Beschwerden (vgl. Abb. 8.4) zeigt, dass die befragten geflüchteten Personen für die letzten sechs Monate eher psychische Probleme angegeben haben. Hier werden an erster Stelle Mutlosigkeit, Trauer und Bedrückung (41,0 %), Nervosität und Unruhe (37,3 %) sowie Müdigkeit, Erschöpfung (31,0 %) und Schlafstörungen (29,4 %) genannt. Bei den eher physischen Beschwerden liegen vor allem muskuloskelettale Symptome (Rücken-, Kopf- und Gelenkschmerzen) vor, die mit dem Alter stark zunehmen. Frauen sind fast immer häufiger betroffen. Einzige Ausnahme: Männer nennen häufiger Herzbeschwerden und Wundschmerzen.

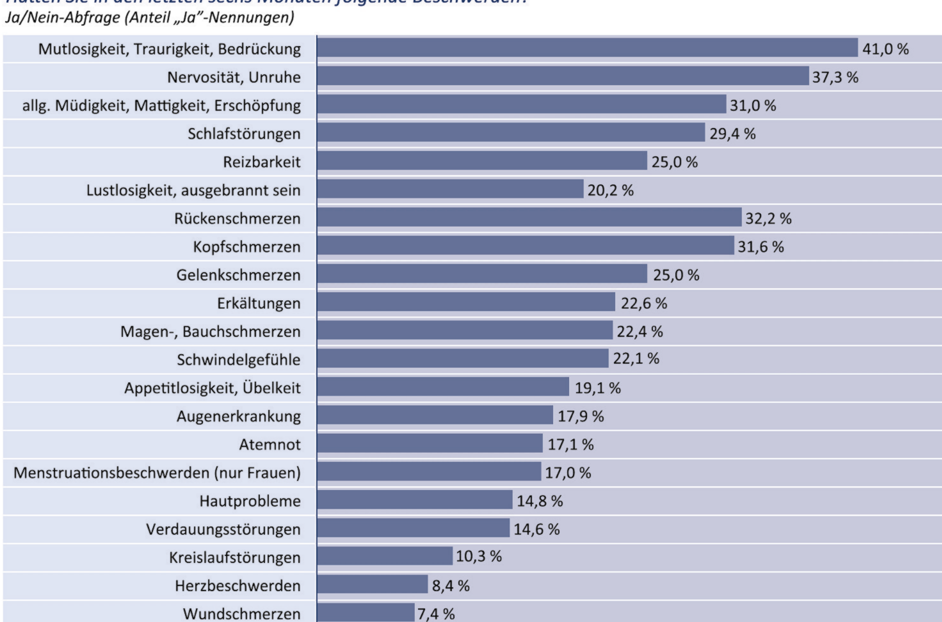


Abb. 8.4: Gesundheitliche Beschwerden erwachsener Geflüchteter, n = 2.021 (Schröder et al., 2018, S. 12)

Geflüchtete, die Krieg, Gewalt und Verfolgung erfahren haben, berichten deutlich häufiger über physische und psychische Beschwerden. Bei ihnen sind die Prävalenzen deutlich höher als in der Gruppe derer, denen solche Erfahrungen erspart blieben (vgl. Abb. 8.5). Im Durchschnitt und über alle 21 verschiedenen Beschwerden hinweg berichten Geflüchtete, die mindestens eine traumatische Erfahrung aus der vorgelegten Liste (vgl. Abb. 8.3) benannt haben, mehr als doppelt so häufig über das Vorliegen gesundheitlicher Beschwerden. Die vorliegenden Befunde zeigen dabei einen signifikanten Zusammenhang zwischen traumatisierenden Erlebnissen und der Prävalenz gesundheitlicher Beschwerden (Korrelation Anzahl benannter traumatischer Erfahrungen/Anzahl gesundheitlicher Beschwerden mit einem Korrelations-Koeffizienten nach Pearson von r = 0,42).

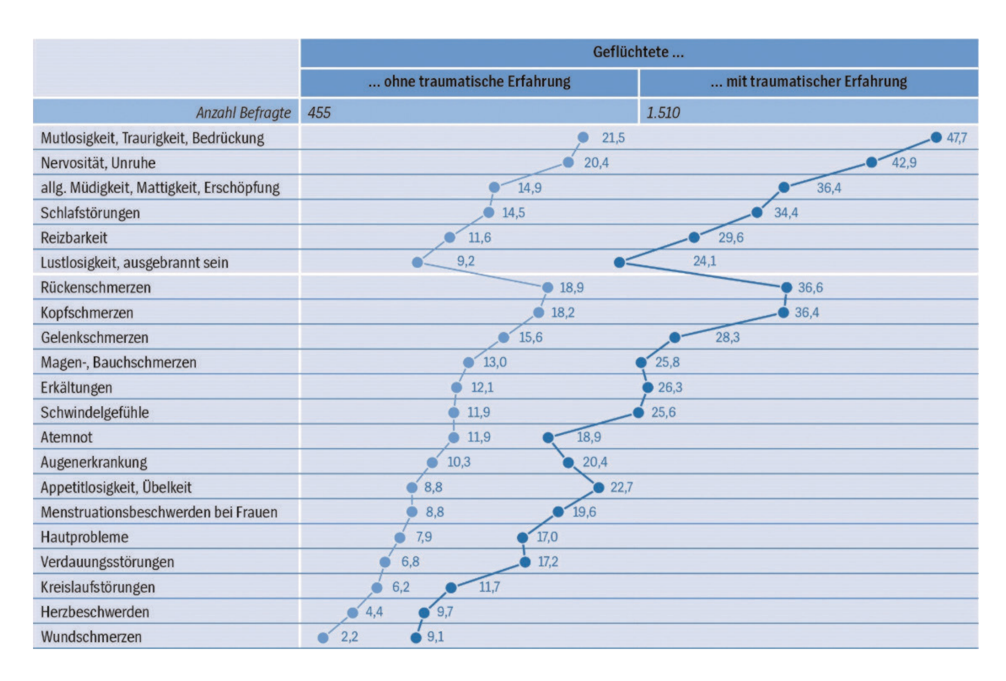


Abb. 8.5: Gesundheitliche Beschwerden und erfahrene Traumatisierung erwachsener Geflüchteter (Schröder et al., 2018, S. 13)

Traumatisierende Erlebnisse wirken sich auf das Vorliegen depressiver Erkrankungen aus. Eine für die Befragung durchgeführte Onlineadaption des WHO-5-Wohlbefindens-Fragebogens der World Health Organization (WHO) als anerkanntes, kurzes, fünf Fragen umfassendes Screening-Instrument zur Früherkennung depressiver Erkrankungen (vgl. Topp et al., 2015; Brähler et al., 2004) zeigt bei mehr als zwei Fünftel der Befragten Werte, die auf eine depressive Erkrankung hindeuten (Cut-Off-Wert ≤ 10,5: 44,6 %) (vgl. Tab. 8.5).

Tab. 8.5: Verdacht auf depressive Erkrankungen entsprechend der WHO-5-Skala (Schröder et al., 2018, S. 15)

		Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
			Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Skalenpunkte	*Anzahl Befragte*	*2.021*	*1.356*	*665*	*986*	*552*	*268*	*215*
0 bis ≤ 10,5	mit Verdacht auf depressive Erkrankung	44,6 %	42,4 %	49,2 %	44,7 %	42,9 %	45,1 %	47,9 %
10,6 bis 25	ohne Verdacht auf depressive Erkrankung	55,4 %	57,6 %	50,8 %	55,3 %	57,1 %	54,9 %	52,1 %

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechts- und Altersgruppen bestehen nicht. Über diesen vergleichsweise hohen Wert von 44,6 % der Geflüchteten, bei denen ein Verdacht auf eine depressive Erkrankung besteht, wird auch in der Literatur berichtet. Dabei differieren die in Übersichtsarbeiten benannten Werte je nach Erhebungsinstrument und -zeitpunkt und erreichen ebenfalls einen Höchstwert von 44 % (vgl. Feltes et al., 2018; Brücker et al., 2016, S. 1118; Lindert et al., 2009, S. 246).

Ergebnisse, die auf vergleichsweise aktuellen Untersuchungen mit kleineren Stichproben von Geflüchteten basieren, zeigen ähnlich hohe Prävalenzen hinsichtlich psychischer Beschwerden:

- Schweden (2011–2013, N = 1.215): Prävalenzraten wie Angstzustände (31,8 %), Depression (40,1 %), geringes subjektives Wohlbefinden (37,7 %), posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (29,9 %) und irgendeine dieser vier vorgenannten Formen (55,0 %) (vgl. Tinghög et al., 2017)
- Türkei (2013, N = 352): Prävalenzen wie PTBS (33,5 %) (vgl. Alpak et al., 2014)
- Libanon (2013, N = 452): Prävalenzen wie PTBS zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben (35,4 %); Punktprävalenz PTBS (27,2 %) (vgl. Kazour et al., 2016)
- Erlangen (2016, N = 56): Prävalenzen wie PTBS (35,7 %), Depression (35,7 %) und Angstzustände (26,8 %) (vgl. Georgiadou et al., 2017)
- Leipzig (2017–2018, N = 569): Prävalenzen wie PTBS (34,9 %) und Depression (21,7 %) (vgl. Nesterko et al., 2019)

Neben dem zusammengefassten Score, der einen Verdacht auf eine depressive Erkrankung nahelegt, kann auch die Betrachtung auf der Ebene der einzelnen Items herangezogen werden. Dabei wird deutlich, dass sich die Angaben der Geflüchteten beträchtlich von denen einer repräsentativen, wenn auch älteren Befragung der bundesdeutschen Bevölkerung aus dem Jahr 2004 unterscheiden (vgl. Brähler et al., 2007). So haben 0,5 % der dort Befragten geantwortet, dass sie sich in den letzten zwei Wochen zu keinem Zeitpunkt froh gefühlt oder in guter Laune befunden haben. Diese Frage nach dem Wohlbefinden wird dagegen bei knapp 17 % der Geflüchteten für den gleichen Zeitraum mit „nie" beantwortet. Dies spiegelt sich auch in den Einzelitems wider: Hier haben im Durchschnitt 16,1 % der Geflüchteten mit „nie" geantwortet (vgl. Abb. 8.6).

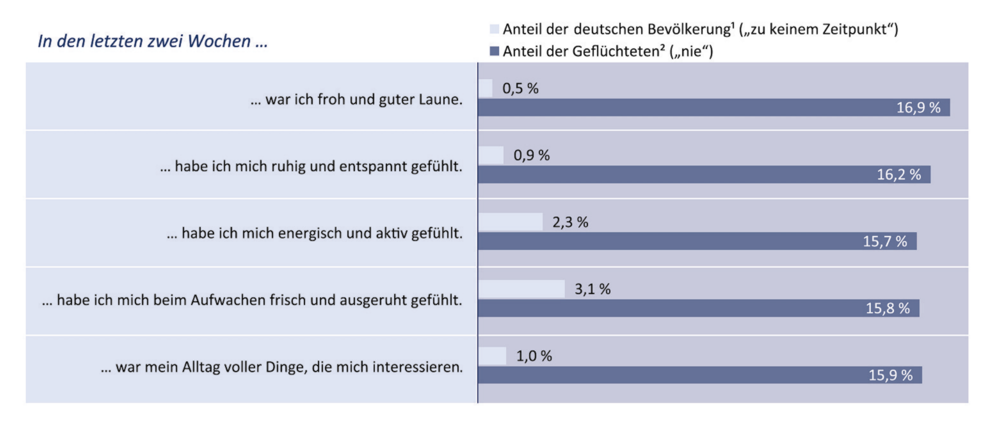


Abb. 8.6: Einzelitems der WHO-5-Fragen zum Wohlbefinden (Brähler et al., 2007, zitiert nach Schröder et al., 2018, S. 14)

8.4.2 Angaben zum Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten

Sportliche Aktivitäten sowie der Verzicht auf Tabak und Alkohol sind anerkannte präventive Maßnahmen, die zu einem gesunden Lebensstil gehören und helfen, körperliche und psychische Erkrankungen zu vermeiden. Im Rahmen der Geflüchteten-Befragung gibt nur ein kleiner Anteil (22,7 %) an, in den letzten zwei Wochen Sport getrieben zu haben, die Mehrheit der Geflüchteten hat dies nicht getan (vgl. Tab. 8.6). Männer beantworten die Frage deutlich häufiger mit „Ja“ (27,8 %) als Frauen (13,1 %). Mit zunehmendem Alter wird außerdem weniger Sport ausgeübt.

Tab. 8.6: Gesundheitsverhalten erwachsener Geflüchteter (Schröder et al., 2018, S. 16)

Sportliche Betätigung: *„Denken Sie bitte an die letzten drei Monate: Haben Sie – seitdem Sie in Deutschland sind – Sport gemacht?"*

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte	*2.021*	*1.356*	*665*	*986*	*552*	*268*	*215*
Anteil ohne sportliche Betätigung in den letzten drei Monaten	77,3 %	72,2 %	86,9 %	70,8 %	78,9 %	84,4 %	91,5 %
Anteil mit sportlicher Betätigung in den letzten drei Monaten	22,7 %	27,8 %	13,1 %	29,2 %	21,1 %	15,6 %	8,5 %

Rauchverhalten: *„Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?"*

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte	*2.021*	*1.356*	*665*	*986*	*552*	*268*	*215*
Raucher	47,7 %	61,6 %	19,3 %	49,5 %	49,4 %	46,6 %	36,6 %
Nichtraucher	52,3 %	38,4 %	80,7 %	50,5 %	50,6 %	53,4 %	63,4 %

Alkoholkonsum: *„Wie oft trinken Sie Alkohol?"*

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte	*2.021*	*1.356*	*665*	*986*	*552*	*268*	*215*
ohne Alkoholkonsum	71,5 %	61,7 %	91,4 %	67,7 %	69,4 %	79,9 %	83,7 %
mit Alkoholkonsum	27,5 %	37,2 %	7,9 %	30,7 %	30,1 %	19,7 %	16,3 %

In der deutschen Wohnbevölkerung ist der Anteil der sportlich Aktiven deutlich größer und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind gering (vgl. Tab. 8.7).

Tab. 8.7: Gesundheitsverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland (RKI, 2013, zitiert nach Schröder et al., 2018, S. 17)

Sportliche Betätigung: *„Wie oft treiben Sie Sport?"*

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte	*7.740*	*3.666*	*4.074*	*1.062*	*993*	*1.496*	*4.189*
Anteil ohne sportliche Betätigung	33,7 %	33,0 %	34,3 %	21,6 %	33,9 %	34,9 %	38,3 %
Anteil mit sportlicher Betätigung	66,3 %	67,0 %	65,4 %	78,4 %	66,2 %	65,1 %	61,8 %

Rauchverhalten: *„Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?"*

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte	*7.898*	*3.755*	*4.143*	*1.069*	*1.001*	*1.519*	*4.189*
Raucher	29,7 %	32,6 %	27,0 %	43,7 %	36,8 %	34,4 %	19,4 %
Nichtraucher	70,8 %	67,4 %	73,1 %	56,3 %	63,2 %	65,6 %	80,6 %

Alkoholkonsum: *„Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich?"*

	Befragte insgesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte	*7.874*	*3.737*	*4.137*	*1.069*	*998*	*1.515*	*4.189*
ohne Alkoholkonsum	13,8 %	10,2 %	17,3 %	11,1 %	15,4 %	13,1 %	14,7 %
mit Alkoholkonsum	86,3 %	89,8 %	82,7 %	88,8 %	84,8 %	86,9 %	85,3 %

Unter den teilnehmenden Geflüchteten ist der Raucheranteil vergleichsweise hoch und bei Männern deutlich höher (61,0 %) als bei Frauen (19,3 %). Der Geschlechterunterschied beim Raucheranteil in der deutschen Wohnbevölkerung ist dagegen weniger stark ausgeprägt (Männer: 32,6 %; Frauen: 27,0 %). Unter den weiblichen Geflüchteten hat die Mehrheit noch nie geraucht (71,9 %) oder das Rauchen aufgegeben (8,8 %). Beim Alkoholkonsum zeigt sich bei den Geflüchteten im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung ein anderes Bild: So lebt ein Großteil der Schutzsuchenden abstinent (71,5 %). Nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27,6 %) trinkt Alkohol, davon die Hälfte (14,1 %) einmal im Monat oder seltener. Nur wenige Geflüchtete (3,3 %) konsumieren Alkohol regelmäßig an mehr als vier Tagen pro Woche. Im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung (13,9 %) ist dieser riskante Konsum vergleichsweise selten – auch wenn nicht nach der konsumierten Menge gefragt wurde. Insgesamt zeigt sich jedoch sowohl unter den Geflüchteten als auch bei den Erwachsenen in Deutschland, dass Männer häufiger Alkohol konsumieren als Frauen. Die Unterschiede zwischen den Geflüchteten und der deutschen Wohnbevölkerung überraschen nicht: Nahezu drei Viertel der befragten Geflüchteten gehören dem Islam an, dessen Position hinsichtlich des Alkohols bekannt ist.

Asylsuchende haben einen eingeschränkten Anspruch auf eine medizinische Versorgung. Obwohl die Neufassung einer Richtlinie der EU-Kommission (vgl. Europäisches Parlament, 2013) festlegt, dass gerade Opfer von Folter und Gewalt Zugang zu angemessener medizinischer und psychologischer Behandlung oder Betreuung durch adäquat ausgebildetes Betreuungspersonal erhalten sollen, gilt dies in Deutschland nur eingeschränkt. Nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) haben Geflüchtete Anspruch auf eine Versorgung bei akuten Schmerzen, Schwangerschaft und Geburt sowie auf Impfungen. Zudem ist der Zugang zur Versorgung lokal unterschiedlich geregelt. In vielen Gemeinden und Bundesländern benötigen Asylsuchende einen Berechtigungsschein von den Sozialbehörden (z. B. dem Sozialamt), bevor sie eine Behandlung beanspruchen können. Andere Gemeinden und Bundesländer hingegen geben eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) aus, die den Behandlungsschein überflüssig macht. So ermöglicht die eGK Asylsuchenden in Bremen und Hamburg den gleichen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung wie gesetzlich Krankenversicherten. Andernorts müssen Ärzte eine Ausnahme nach § 6 AsylbLG beantragen, um bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen.

Doch wie sieht die medizinische Versorgung in Deutschland aus Sicht der Geflüchteten aus? Dabei stellt sich sowohl die Frage, wie oft diese überhaupt Ärzte aufsuchen, als auch, was die Gründe dafür sind. Fragen nach den Erfahrungen und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung geben ebenfalls einen ersten Eindruck über die tatsächliche Versorgungssituation der Geflüchteten.

Insgesamt haben nur etwas mehr als zwei Drittel (68,3 %) der Befragten in den letzten sechs Monaten einen Arzt aufgesucht. Am häufigsten wurden Allgemeinmediziner genannt (51,8 %). Es folgen Gynäkologen (30,5 %) und Zahnärzte (24,5 %). 6,8 % haben weitere Fachärzte aufgesucht. Das Antwortprofil der Patienten auf standardisierte Ja/Nein-Fragen nach den Gründen ergab, dass die Befragten am häufigsten allgemeine Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben (vgl. Tab. 8.8). Es folgt die Behandlung akuter leichter Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen. Schwere bzw. chronische Erkrankungen und Verletzungen spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Die Inanspruchnahmeraten nehmen erwartungsgemäß mit dem Alter zu, bis auf die Angabe von vorliegenden Verletzungen, die, ebenfalls erwartungsgemäß, häufiger bei jüngeren männlichen Geflüchteten auftreten.

Tab. 8.8: Gründe für die Arzt-Inanspruchnahme erwachsener Geflüchteter (Schröder et al., 2018, S. 18)

„Was waren die Gründe bzw. der Anlass, dass Sie einen Arzt aufgesucht haben?" *Anteil an allen Antworten*

	Befragte mit Arztkontakt	Geschlecht		Alter in Jahren			
		Männer	Frauen	18 bis < 30	30 bis < 40	40 bis < 50	≥ 50
Anzahl Befragte	*1.237*	*803*	*434*	*556*	*361*	*170*	*150*
Allgemeine Gesundheitsuntersuchung/ Vorsorge/Impfung	61,5 %	60,6 %	63,2 %	62,7 %	61,0 %	63,8 %	56,9 %
Unwohlsein/Befindlichkeitsstörung/ akute leichte Erkrankung	18,6 %	18,3 %	19,3 %	19,4 %	19,2 %	15,6 %	18,0 %
akute schwere Erkrankung	3,9 %	4,0 %	3,6 %	2,9 %	4,3 %	4,1 %	5,6 %
Dauerleiden/chronische Erkrankung	4,9 %	4,6 %	5,4 %	2,7 %	4,7 %	6,3 %	10,8 %
Unfall/Verletzung	6,1 %	7,3 %	3,9 %	7,2 %	5,8 %	4,2 %	5,1 %
Behinderung	1,7 %	2,0 %	1,1 %	1,8 %	1,5 %	2,2 %	1,2 %
Sonstiges	3,3 %	3,1 %	3,5 %	3,3 %	3,5 %	3,7 %	2,4 %

Der Gesundheitsstatus Geflüchteter hängt u. a. von den Zugangschancen zu medizinischer Versorgung ab. Geflüchtete dürfen beim Auftreten eines Gesundheitsproblems nicht einfach einen Arzt aufsuchen (vgl. Razum et al., 2016). Vielmehr müssen

sie sich zuvor in ihrer Unterkunft einen Behandlungsschein abholen oder sie haben bereits – je nach Region – eine eGK erhalten. Bei den erst vor kurzem in Deutschland eingetroffenen Geflüchteten ist der Behandlungsschein weit verbreitet, während Geflüchtete, die sich schon länger im Land aufhalten, häufiger eine eGK besitzen. Die Leistungsgewährung regeln die Kommunen vor Ort; sie unterliegt zudem unterschiedlichen Regelungen zwischen den Bundesländern – und hängt auch von der Sachkenntnis der zuständigen Bearbeiter in den Einrichtungen sowie dem Engagement der Behandler ab. So haben die befragten Geflüchteten bei einem Arztbesuch am häufigsten einen Behandlungsschein vorgelegt (39,5 %), ein Drittel (33,5 %) verfügt bereits über eine eGK der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 27,0 % konnten keine Angaben zu dieser Frage machen. Befragte Geflüchtete in Nordrhein-Westfalen haben am häufigsten eine eGK (49,7 %) vorgelegt, Schutzsuchende in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt haben am häufigsten einen Behandlungsschein (66,7 %).

Bürokratische Barrieren können den Behandlungserfolg beeinflussen oder den Therapiebeginn hinauszögern: Können befragte Patienten eine eGK vorlegen, äußern sie sich häufiger zufrieden mit dem Ergebnis der medizinischen Behandlung als Befragte, die sich einen Behandlungsschein haben ausstellen lassen (Anteil sehr zufrieden/zufrieden: 59,8 % zu 52,3 %). Das gilt auch für den Behandlungserfolg: Patienten mit eGK berichten häufiger von einer Verbesserung des Gesundheitszustands nach erfolgter medizinischer Behandlung als Patienten mit Behandlungsschein (57,4 % zu 42,9 %).

Der Anteil der Personen unter den Geflüchteten, die im letzten halben Jahr mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben, liegt bei 12,7 %. Mit zunehmendem Alter steigen die stationären Inanspruchnahmeraten an. Geflüchtete Frauen waren etwas häufiger im Krankenhaus.

Die Angaben der befragten Geflüchteten auf die Frage: „Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente ein? Nicht gemeint sind hiermit Vitamintabletten oder Stärkungsmittel.“ bejahen 16,4 %. Der aktuelle Arzneimittelkonsum hängt auch bei den befragten Geflüchteten vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Erwartungsgemäß steigt er mit dem Alter deutlich und ist bei Frauen höher als bei Männern.

Rund jeder sechste Befragte (17,2 %) gibt an, in den letzten sechs Monaten in Deutschland einen Arzt aufgesucht zu haben und dort nicht behandelt worden zu sein. Bei den chronisch Kranken ist der Anteil nochmals deutlich höher (26,9 %). Ab-

gesehen von den rechtlichen Einschränkungen des Anspruchs auf medizinische Versorgung könnten hier bürokratische Hemmnisse seitens der Leistungserbringer eine Rolle gespielt oder sprachliche Barrieren eine erfolgreiche Kontaktaufnahme zum Arzt verhindert haben.

Die meisten Befragten geben Schwierigkeiten an, wenn es darum geht, einen muttersprachlichen Arzt zu finden (61,0 %), sich in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus verständlich zu machen (56,0 %) oder Gesundheitsinformationen in einer für sie verständlichen Sprache zu erhalten (54,1 %) (vgl. Abb. 8.7). Rund jeder Zweite findet es schwierig herauszufinden, wo es in der näheren Umgebung Gesundheitsangebote gibt (51,0 %) oder im Krankheitsfall professionelle Hilfe zu finden (50,4 %). In der Gruppe der chronisch Kranken ist der Anteil derjenigen deutlich höher, die Schwierigkeiten haben, an verständliche gesundheitsrelevante Informationen zu gelangen oder diese umzusetzen.



Abb. 8.7: Beschaffung von Gesundheitsinformationen (Schröder et al., 2018, S. 19)

Dabei ist es wie auch in der Bevölkerung Deutschlands notwendig, dass Gesundheitsinformationen verstanden und Behandlungsanweisungen befolgt werden können (vgl. Schaeffer et al., 2016). Eine Voraussetzung dafür ist das Sprachverständnis. Das „Recht, verstanden zu werden“ ist in vielen anderen Ländern anerkannt. Doch wie kann dies in Deutschland möglichst schnell nach der Ankunft Geflüchteter gelingen, wo doch der Spracherwerb viel Zeit kostet und gerade in gesundheitlichen Notsituationen auf die Muttersprache zurückgegriffen wird? Wenngleich der

Spracherwerb ein wesentlicher Integrationsfaktor ist, können auch unterstützende Maßnahmen wie eine angemessene Sprach- und Kulturmittlung eine Lösung sein. Zahlreiche Dolmetscherangebote von Kliniken und anderen Gesundheitsversorgern bieten bereits heute pragmatische Finanzierungslösungen (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., 2015).

Die Rückmeldungen der befragten Geflüchteten verweisen auf Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich des bestehenden Informationsangebots, seiner Nutzbarkeit und der Kommunikation seitens der Leistungserbringer. Auch und gerade für Schutzsuchende sollte es auf einfache Weise möglich sein, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Fachverbände und Nichtregierungsorganisationen berichten, „dass es in der Praxis noch immer häufig von Glück, Zufall und Beharrlichkeit abhängig sei, ob eine traumatisierte und/oder psychisch erkrankte Person als solche erkannt und entsprechend behandelt und betreut werden kann" (Baron/Flory, 2018, S. 88). Zum heutigen Zeitpunkt ist jedoch nur die Kostenübernahme von Leistungsansprüchen wie folgt geregelt: Als Kostenträger für Geflüchtete sind die Sozialämter in den ersten 15 Monaten entsprechend dem Leistungsumfang nach Asylbewerberleistungsgesetz zuständig (§§ 4,6 AsylblG). Nach diesen 15 Monaten ist der Leistungsumfang analog dem der gesetzlichen Krankenversicherung, über die auch die Abrechnung erfolgt. Erst ab dem Zeitpunkt der Anerkennung als Asylberechtigter tritt die Krankenkasse als Kostenträger auf. Gleichwohl ist die aktuelle Ausgangssituation eine andere: Nur 7,1 % der in den niedrigschwelligen Angeboten der psychosozialen Zentren durchgeführten Therapien wurden über die Kostenträger abgerechnet (vgl. Baron/Flory, 2018, S. 92).

8.5 Fazit

Viele Geflüchtete haben Schreckliches im Herkunftsland und auf der Flucht erlebt. Vor dem Hintergrund dieser Traumatisierung erscheint es nachvollziehbar, dass diese Menschen sowohl von körperlichen als auch vor allem von psychischen Gesundheitsbeschwerden berichten. Sie benötigen rasche und umfassende professionelle Hilfe – gerade im Hinblick auf eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt. Einschränkungen bei der Lebensqualität, subjektiv wahrgenommene Schwierigkeiten bei der aktuellen medizinischen Versorgung sowie eine fehlende Arbeitserlaubnis, finanzielle Sorgen und beengte Wohnbedingungen kön-

nen die psychischen und körperlichen Gesundheitsprobleme erfahrungsgemäß weiter steigern. Ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem würde – neben einem sicheren Aufenthaltsstatus, einer passenden Unterkunft, sinngebender Beschäftigung und Freizeitangeboten – voraussichtlich dabei helfen, die gesundheitlichen Stressoren besser zu bewältigen und vorhandene Ressourcen zu aktivieren. Die Ausgangssituation erscheint dafür vergleichsweise gut: Die befragten Geflüchteten aus Syrien, Afghanistan und dem Irak berichten über eine Schulbildung von durchschnittlich knapp neun Jahren. Die Mehrheit der Geflüchteten ist im Herkunftsland zuletzt einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen (57,4 %); jeder Sechste befand sich in schulischer oder universitärer Ausbildung (16,3 %). Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich ein erfreulich geringer Alkoholkonsum im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Jedoch wird häufiger geraucht und weniger Sport getrieben. Die Gründe für Letzteres lassen sich nicht eindeutig klären. Hier kann die aktuelle Situation mit dem laufenden Asylverfahren, einem unsicheren Aufenthaltsstatus oder fehlenden Sportmöglichkeiten im Umfeld der Erstaufnahmeeinrichtungen ebenso eine Rolle spielen wie unterschiedliche kulturelle Muster. Da eine sportliche Betätigung jedoch helfen kann, körperliche und psychische Beschwerden zu lindern und zudem Sportvereine die soziale Integration fördern können, zeigen auch diese Ergebnisse einen Handlungsbedarf.

In der Arztpraxis oder im Krankenhaus stellt die sprachliche Barriere eine Herausforderung dar: Mehr als jeder zweite Geflüchtete berichtet über große Schwierigkeiten, sich verständlich zu machen. Hier zeigt sich ein hoher Bedarf im Bereich der Sprach- und Kulturmittlung in Deutschland, unter dem viele Menschen mit Migrationshintergrund leiden. Eine dauerhafte öffentliche Förderung der Sprach- und Kulturmittlung könnte dieses Problem nachhaltig lösen. Dies wäre einer Integration in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt förderlich.

Vor diesem Hintergrund wird es eine Herausforderung sein, Geflüchteten eine angemessene Unterstützung bei der Aufarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse anbieten zu können. Hierbei könnten ambulante Schwerpunkteinrichtungen mit Spezialisten zur Traumabehandlung helfen. Geflüchtete sollten ab dem ersten Tag einen umfassenden Anspruch auf medizinische Versorgung haben, wie er gesetzlich Krankenversicherten zusteht. Bürokratische und sprachliche Hemmnisse müssen abgebaut, das psychotherapeutische Angebot ausgebaut werden. Es könnte hilfreich sein, geflüchtete Ärzte und Psychotherapeuten möglichst zügig ins deutsche Gesundheits-

system einzugliedern. Ihre Hilfe kann für geflüchtete Patienten möglicherweise besonders akzeptabel sein, da sie aus den gleichen Sprach- und Kulturkreisen kommen. Aber auch auf bestehende Ressourcen lässt sich zurückgreifen: Jahrelange Erfahrungen aus der gesundheitlichen Versorgung von Arbeitsmigranten können Ärzten und gesetzlichen Krankenkassen helfen, die neue Herausforderung zu meistern, Geflüchtete angemessen zu versorgen.

Literatur

Alpak, G./Unal, A./Bulbul, F./Sagaltici, E. et al. (2014). *Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study.* International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 19, S. 45–50.

Brähler, E./Mühlan, H./Albani, C./Schmidt, S. (2007). *Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index.* Diagnostica, 4, S. 83–96.

Brücker, H./Rother, N./Schupp, J. (2018). *IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016. Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen.* http://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1317.pdf (22.11.2019).

Brücker, H./Rother, N./Schupp, J./Babka von Gostomski, C. et al. (2016). *Flucht, Ankunft in Deutschland und erste Schritte der Integration.* DIW Wochenbericht, 46, S. 1103–1119.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018a). *Aktuelle Zahlen zu Asyl.* Ausgabe: Mai 2018. o. O.: BAMF.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018b). *Das Bundesamt in Zahlen 2017 – Asyl.* o. O.: BAMF.

Baron, J./Flory, L. (2018). *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland.* Hrsg. von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V. 4. aktual. Auflage. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/08/Versorgungsbericht_4.Auflage.pdf (22.11.2019).

DGPPN/BÄK/KBV/AWMF (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung.* 2. Auflage. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf (22.11.2019).

Europäisches Parlament (2013). *Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).* https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF (22.11.2019).

Feltes, T./Goeckenjan, I./Hoven, E./Ruch, A. et al. (2018). *Opfererfahrungen von Geflüchteten in Deutschland. Übersichtsarbeit zum Stand der Forschung.* https://flucht.rub.de/images/arbeitspapiere/arbeitspapier02_flucht_als_sicherheitsproblem.pdf (22.11.2019).

Georgiadou, E./Morawa, E./Erim, Y. (2017). *High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 14 (6), S. 612.

Göpffarth, D./Bauhoff, S. (2017). *Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER.* In: Repschläger, U./Schulte, C./Osterkamp, N. (Hrsg.): BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017, S. 32–65.

Hess, S./Elle, J. (o. J.). *Leben jenseits von Mindeststandards. Dokumentation zur Situation in Gemeinschaftsunterkünften in Niedersachsen.* https://www.gender-flucht.uni-osnabrueck.de/fileadmin/MWK-Projekt/Publikationen/Jenseits_von_Mindeststandards_Final.pdf (22.11.2019).

Hess, S./Pott, A./Schammann, H./Scherr, A. et al. (2018). *Welche Auswirkungen haben „Anker-Zentren"? Eine Kurzstudie für den Mediendienst Integration.* https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise_Anker-Zentren_August_2018.pdf (22.11.2019).

Hofmann, R./Scherr, A. (2017). *Verwahrung in Aufnahmelagern oder Willkommenskultur? Eine Fallstudie zur Erstaufnahme von Geflüchteten.* https://ratfuermigration.files.wordpress.com/2018/08/vorstudie_hofmann_scherr_2017.pdf (22.11.2019).

Kazour, F./Zahreddine, N./Maragel, M./Almustafa, M. et al. (2016). *Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon.* Comprehensive Psychiatry, 72, S. 41–47.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2015). *Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen, der Sprachmittlung im Gesundheitswesen.* https://www.bikup.de/wp-content/uploads/2016/07/Studie_Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen.pdf (22.11.2019).

Lindert, J./Ehrenstein, O. S./Priebe, S./Mielck, A. et al. (2009). *Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis.* Social Science & Medicine, 69 (2), S. 246–257.

Mediendienst Integration (o. J.). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge.* https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/minderjaehrige.html#c1425 (01.08.2018).

Nesterko, Y./Jäckle, D./Friedrich, M./Holzapfel, L. et al. (2019). *Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study.* Epidemiology and Psychiatric Sciences, S. 1–11.

Razum, O./Wenner, J./Bozorgmehr, K. *(2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland.* Gesundheitswesen, 78, S. 711–714.

Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E. M./Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht.* https://pub.uni-bielefeld.de/download/2908845/2908882 (22.11.2019).

Schmidt, H.-J. (2018). *Volljährige Asylantragsteller in Deutschland im Jahr 2017. Sozialstruktur, Schulbesuch und Berufstätigkeit im Herkunftsland. BAMF-Kurzanalyse Ausgabe 3/2018.* Nürnberg: Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge.

Schröder, H./Zok, K./Faulbaum, F. (2018). *Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan.* WIdOmonitor, 15 (1), S. 1–20.

Stoewe, K. (2017). *Bildungsstand von Geflüchteten: Bildung und Ausbildung in den Hauptherkunftsländern.* IW-Report 37/2017. https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2017/IW-Report_2017_37_Bildungssysteme_in_den_Herkunftslaendern_Gefluechteter.pdf (22.11.2019).

Tarnai, J./Moore, D. L. (2004). *Methods for testing and evaluating computer-assisted questionnaires.* In: Presser, S./Couper, M. P./Lessler, J. T./Martin, E. et al. (Hrsg.): Methods for testing and evaluating survey questions. Hoboken, New Jersey: Wiley-Interscience, S. 319–335.

Topp, C. W./Østergaard, S. D./Søndergaard, S./Bech, P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature.* Psychotherapy and Psychosomatics, 84, S. 167–176.

Tinghög, P./Malm, A./Arwidson, C./Sigvardsdotter, E. (2017). *Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey.* BMJ Open, 7 (12), S. e018899.

WHO – World Health Organization (1998). *Mastering Depression in Primary Care.* Version 2.2, Frederiksborg: WHO, Regional Office for Europe, Psychiatric Research Unit.

9 Psychische Gesundheit bei Menschen mit Behinderung: Aktuelle Befunde und Bedarfe

KATHARINA RATHMANN; LORENA DENISE WETZEL; LAURA NEUPERDT

Hinsichtlich der demografischen Alterung der Bevölkerung wird Behinderung als ein relevantes Thema für Public Health angesehen. Menschen mit Behinderung sind eine vulnerable Bevölkerungsgruppe, die in der Teilhabe an Gesundheit benachteiligt ist und ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufweist. Für folgenden Beitrag wurde der nationale und internationale Forschungsstand gesichtet Eigene Auswertungen mit Daten der repräsentativen Studien „Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)“ aus den Jahren 2012 und 2014/2015 sowie der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)“ 2017 verdeutlichen die empirischen Besonderheiten der psychischen Gesundheit von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen mit Behinderung.
Altersübergreifend unterstreichen die Befunde hinsichtlich der psychischen Gesundheit, dass Menschen mit Behinderung ein signifikant höheres Risiko für eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen als Menschen ohne Behinderung. Dies kann häufig auf die schlechteren sozialen und materiellen Lebensbedingungen zurückgeführt werden. In der Gesamtschau zeigt sich die Notwendigkeit von sozialpolitischen Ansätzen und Maßnahmen zur Verringerung der Diskriminierung und zur Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu einer angemessenen psychischen Gesundheitsversorgung.

9.1 Einleitung

Einschätzungen der Weltgesundheitsorganisation verdeutlichen, dass Behinderung ein Teil der menschlichen Verfassung ist und dass fast jede/r im Laufe des Lebens, besonders im hohen Alter, einmal kurz- oder längerfristig von einer individuellen Schädigung betroffen sein wird (vgl. WHO, 2011). Insbesondere im Hinblick auf die demografische Alterung der Bevölkerung wird Behinderung als zunehmend relevantes Thema für Public Health angesehen (vgl. RKI, 2015). Aus diesem Grund betrachtet der vorliegende Beitrag diese Bevölkerungsgruppe näher und analysiert

die empirischen Besonderheiten der psychischen Gesundheit von Menschen mit Behinderung.

Unter einer Behinderung wird nach § 2 SGB IX die Korrelation einer Beeinträchtigung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren verstanden, die eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vermindert. Eine Beeinträchtigung ist ein Körper- oder Gesundheitszustand, der nicht dem Lebensalter typischen Zustand entspricht (vgl. BMAS, 2013). Der Grad der Behinderung (GdB) stuft ein, wie stark die gesellschaftliche Teilhabe aufgrund der Behinderung eingeschränkt ist (vgl. StBA, 2018). Eine Person mit einem GdB ≥ 50 wird als schwerbehindert angesehen (vgl. § 2 SGB IX). Die Definition von Behinderung unterliegt einem ständigen Wandel (vgl. BMAS, 2016), wie der Wechsel vom „Individuellen Modell", welches Behinderung als individuelle Schädigung, Funktionseinschränkung oder Normabweichung – durch geschädigte Körperstrukturen oder -funktionen – und damit defizitorientiert betrachtet, zum „Sozialen Modell" im Jahr 2001 zeigt. Das letztere und aktuell gültige Modell stellt die Grundlage des aktuellen Behinderungsverständnisses der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" dar (vgl. BMAS, 2016; BMAS, 2013; Waldschmidt, 2005). Demnach wird Behinderung nicht als Folge einer individuellen Schädigung, sondern als Folge der negativen Wechselwirkung einer Gesundheitsproblematik (Beeinträchtigung) mit Kontextfaktoren verstanden (vgl. BMAS, 2013; WHO, 2011). Dieser Paradigmenwechsel in der Betrachtung von Behinderung hat zu einer Verlagerung der Verantwortung für Behinderung vom Individuum hin zur Gesellschaft geführt (vgl. BMAS, 2016; Waldschmidt, 2005).

Demografische Angaben zu Menschen mit Behinderung

Ca. 15 % der Weltbevölkerung weisen eine Beeinträchtigung oder Behinderung auf (vgl. WHO, 2011, S. 29). In der Europäischen Union leben ca. 80 Millionen Menschen mit Behinderung (vgl. EDF, 2018, S. 12). In Deutschland betrug der Anteil der Menschen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung (GdB ≥ 50) im Jahr 2017 9,4 % der Bevölkerung. Verglichen mit dem Jahr 2007 entspricht das einem Zuwachs um 12,3 % (vgl. StBA, 2018, S. 5). Der Anteil der Menschen mit leichter Behinderung (GdB < 50) ist zwischen 2005 und 2013 um 40 % gestiegen (vgl. BMAS, 2016, S. 41). Mehr als die Hälfte der Menschen mit einem GdB ≥ 50 sind 65 Jahre oder älter (56,3 %). Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre stellen 3,9 % aller schwerbehinderten Menschen dar.

Differenziert nach Bundesland (vgl. Abb. 9.1) leben die meisten Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung in Nordrhein-Westfalen (23,4 %), Bayern (14,8 %) und Baden-Württemberg (12,1 %). Der geringste Anteil an Menschen mit einem GdB ≥ 50 sind im Stadtstaat Bremen gemeldet (0,7 %).

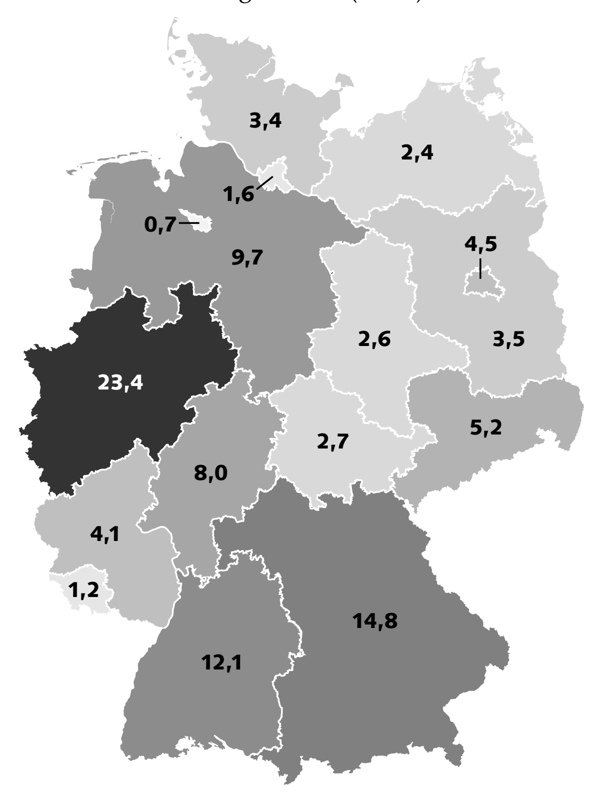


Abb. 9.1: Prozentuale Verteilung der Menschen mit einem GdB ≥ 50 in Deutschland im Jahr 2017, differenziert nach Bundesländern (vgl. StBA, 2018, S. 6)

Die Tab. 9.1 veranschaulicht die Häufigkeit der Behinderungsarten von Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung in Deutschland. Die häufigsten Behinderungsarten stellen Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen (24,9 %) und Querschnittslähmungen, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen sowie Suchterkrankungen (21,3 %) dar. Die Schwerbehinderung resultiert bei 88 % der Menschen aus einer Krankheit – einschließlich Impfschäden (vgl. StBA, 2018, S. 7).

Tab. 9.1: Prävalenz der Behinderungsarten von Menschen mit einem GdB ≥ 50 in Deutschland im Jahr 2017 (vgl. StBA, 2018, S. 7)

Behinderungsart	in %
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen	24,9
Querschnittslähmung, zerebrale Störung, geistig-seelische Behinderungen, Suchterkrankungen	21,4
sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen	19,4
Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen	11,7
Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbs	11,0
Blindheit und Sehbehinderung	4,5
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	4,1
Verlust einer Brust oder beider Brüste, Entstellungen u. a.	2,3
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	0,7

Menschen mit Behinderung: Eine Bevölkerungsgruppe mit besonderen Bedürfnissen?

Nationale und internationale Studien verdeutlichen, dass Menschen mit Behinderung in der Gesundheitsversorgung benachteiligt sind und vielfältige Barrieren wie beispielsweise bauliche Barrieren in Arztpraxen oder mangelnde Orientierungshilfen erfahren (vgl. Rathmann et al., 2019; Schülle, 2016; Hasseler, 2015; BRK-Allianz, 2013; WHO, 2011). Der im Jahr 2014 verabschiedete „Globale Aktionsplan für Menschen mit Behinderungen“ der WHO formuliert als ein Hauptziel die Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen für Menschen mit Behinderung (vgl. WHO, 2015a). Mit der Unterzeichnung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen im Jahr 2008 hat sich Deutschland zu dem Recht auf ein „Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung“ (Behindertenbeauftragte, 2017, S. 22) verpflichtet. Dieses Recht impliziert eine qualitativ hochwertige, zeitnahe, erschwingliche und akzeptable Gesundheitsversorgung (vgl. WHO, 2015a) und erfordert einen barrierefreien Zugang zum Gesundheitswesen (vgl. BMAS, 2016). Menschen mit Behinderung sind dennoch eine gesundheitlich vulnerable Bevölkerungsgruppe (vgl. Rathmann/Nellen, 2019; Walther, 2019; Sappok, 2018; Schülle/Hornberg, 2016; Hasseler, 2015; WHO, 2015b). Sie verfügen häufiger über einen schlechten Gesundheitszustand, ein

schlechteres psychisches Wohlbefinden (vgl. BMAS, 2016), ein abträglicheres Gesundheitsverhalten (WHO 2015b), ein erhöhtes Krankheitsrisiko (vgl. Rathmann/Nellen, 2019; Geukes et al., 2018; Boot et al., 2017; Hermans/Evenhuis, 2014; Havercamp et al., 2004) und weisen häufiger Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme auf (vgl. WHO, 2015b) als Menschen ohne Behinderung. Des Weiteren stellen Menschen mit Behinderung hinsichtlich der Wohnform, des Familienstands, der sozialen Kontakte und der Beeinträchtigung an der gesellschaftlichen Teilhabe eine heterogene Bevölkerungsgruppe dar (vgl. BMAS, 2013). Ca. 12 % der Menschen, die in einem Privathaushalt leben, haben eine amtlich anerkannte Behinderung (vgl. BMAS, 2016, S. 258). Menschen mit Behinderung ist es teilweise nicht möglich, in Privathaushalten zu leben, aufgrund nicht angemessener Unterstützungs- und Pflegeangeboten oder einer nicht ausreichend barrierefrei gestalteten Wohnumgebung. Am häufigsten leben Menschen mit einer geistigen (64 %), gefolgt von Menschen mit einer psychischen (27 %) und einer körperlichen (9 %) Beeinträchtigung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. BMAS, 2016, S. 262). Menschen mit Behinderung sind häufiger alleinstehend, haben weniger Besuchskontakte und fühlen sich häufiger einsam als Menschen ohne Behinderung (vgl. BMAS, 2016, S. 7). Außerdem ist die Chance für höhere Bildungsabschlüsse in dieser Bevölkerungsgruppe geringer; dadurch ist sie u. a. seltener erwerbstätig und weist ein höheres Armutsrisiko auf, als dies bei Menschen ohne Behinderung der Fall ist (vgl. BMAS, 2016; Schröttle et al., 2014; BMAS, 2013; Jungnitz et al., 2013; WHO, 2011).

9.2 Empirische Befunde zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Behinderung

Die psychische Gesundheit stellt eine wichtige Voraussetzung für die individuelle Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe an der Gesellschaft dar. Deshalb sind die Verbesserung der psychischen Gesundheit und die Reduzierung psychischer Störungen entscheidende Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Busch et al., 2011; GKV-Spitzenverband, 2018) und betreffen ebenso die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderung.

Definition psychischer Gesundheit

Die WHO (2018) beschreibt die psychische Gesundheit als mehr als nur die Abwesenheit von psychischen Störungen. Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohl-

befindens, in dem Fähigkeiten verwirklicht und Belastungen des Lebens bewältigt werden können. Sowohl soziale, psychologische und biologische Faktoren können im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit stehen. Eine weitere Möglichkeit der Definition besteht in der Abgrenzung zur psychischen Störung. Gemäß dem „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen" (DSM-5) ist eine psychische Störung

> „ein Syndrom, das durch klinisch signifikante Störungen der Kognition, Emotionsregulation eines Individuums gekennzeichnet ist oder eines Verhaltens, das eine Dysfunktion in den psychologischen, biologischen oder Entwicklungsprozessen, die der mentalen Funktion zugrunde liegen, widerspiegelt" (Jacobi et al., 2013, S. 2364).

Psychische Gesundheitsprobleme und Störungen sind eine Herausforderung für Public Health, da sie häufig eine Ursache für Behinderung und Vorruhestand darstellen (vgl. RKI, 2015; WHO, 2015a; Wittchen et al., 2011).

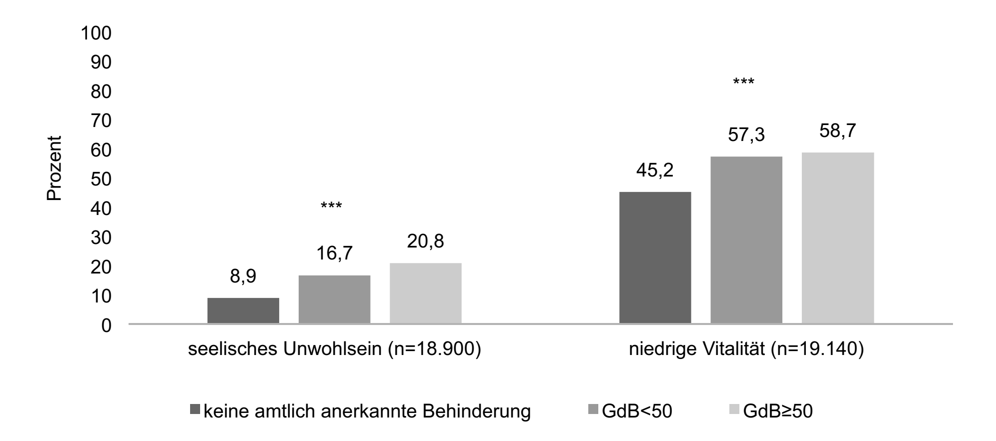
Psychische Gesundheit bei Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung, insbesondere geistiger Behinderung, stellen eine vulnerable Bevölkerungsgruppe dar, da Studien bei Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen aufzeigen (vgl. Sappok, 2018; Hughes-McCormack et al., 2017; Sappok/Diefenbacher, 2017; Bhaumik et al., 2016; Hermans et al., 2013; Cooper et al., 2007). Zu berücksichtigen ist, dass eine intellektuelle Entwicklungsstörung – z. B. eine geistige Behinderung – ein von der psychischen Gesundheit unabhängiges Phänomen darstellt (vgl. Sappok, 2018). Exemplarisch werden im Folgenden internationale und nationale Studienergebnisse zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Behinderung vorgestellt.

Eine Sekundärdatenanalyse in Australien untersucht die psychische Gesundheit von Erwachsenen mit Behinderung (n = 387) im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Behinderung (n = 7.936). Es wird aufgezeigt, dass die Auswirkung auf die psychische Gesundheit insbesondere durch materielle und nicht durch psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren bedingt ist (vgl. Aitken et al., 2018). Zudem zeigt eine Studie in Großbritannien, dass Erwachsene mit geistiger Behinderung ein um 77 % erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Behinderung aufweisen. Dieser Zusammenhang erweist sich allerdings nach Adjustierung sozialer Hintergrundmerkmale – wie Alter, Geschlecht und sozio-

ökonomische Position – als nicht mehr signifikant. Dies deutet darauf hin, dass das erhöhte Risiko für psychische Gesundheitsprobleme auf die schlechteren Lebensbedingungen und nicht auf die geistige Behinderung per se zurückzuführen ist (vgl. Hatton et al., 2017).

Für Deutschland sind in der sozialepidemiologischen Forschung lediglich in den beiden Teilhabeberichten (vgl. BMAS, 2016; BMAS, 2013) Auswertungen zur psychischen Gesundheit bei Menschen mit Behinderung mittels repräsentativer Daten vorhanden. Diese differenzieren allerdings nicht nach dem GdB (vgl. Rathmann et al., 2019). Eigene Auswertungen anhand der Surveydaten „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)" aus dem Jahr 2012 (n = 19.294) geben einen Überblick über Indikatoren der psychischen Gesundheit, u. a. das seelische Unwohlsein (d. h. die Anzahl der Tage des seelischen Unwohlseins in den letzten vier Wochen) sowie die Vitalität (d. h. die Vitalität in den letzten vier Wochen) für Menschen mit einem GdB < 50 und einem GdB ≥ 50 im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung (vgl. GEDA, 2012). Die deskriptiv statistischen Auswertungen des GEDA 2012 verdeutlichen, dass Menschen mit Behinderung ihre psychische Gesundheit häufiger schlechter einschätzen als Menschen ohne Behinderung (vgl. Abb. 9.2). Es sind ein Anstieg der Prävalenz des seelischen Unwohlseins und eine sinkende Vitalität mit zunehmendem GdB erkennbar.



*Legende: signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen des Behinderungsgrads: sehr hoch (*** p<0,001)*

Abb. 9.2: Prävalenz der schlechten psychischen Gesundheit, differenziert nach dem GdB in Prozent (vgl. GEDA, 2012)

Die multivariaten Auswertungen zeigen einen deutlichen behinderungsspezifischen Gradienten. Unter Kontrolle von soziodemografischen, -ökonomischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen wiesen Menschen mit Behinderung ein signifikant höheres Risiko für eine schlechtere psychische Gesundheit auf als Menschen ohne Behinderung (vgl. Tab. 9.2).

Tab. 9.2: Binär-logistische Regressionsergebnisse für seelisches Unwohlsein und niedrige Vitalität (Odds Ratio, 95 %-Konfidenzintervall, vgl. GEDA, 2012)

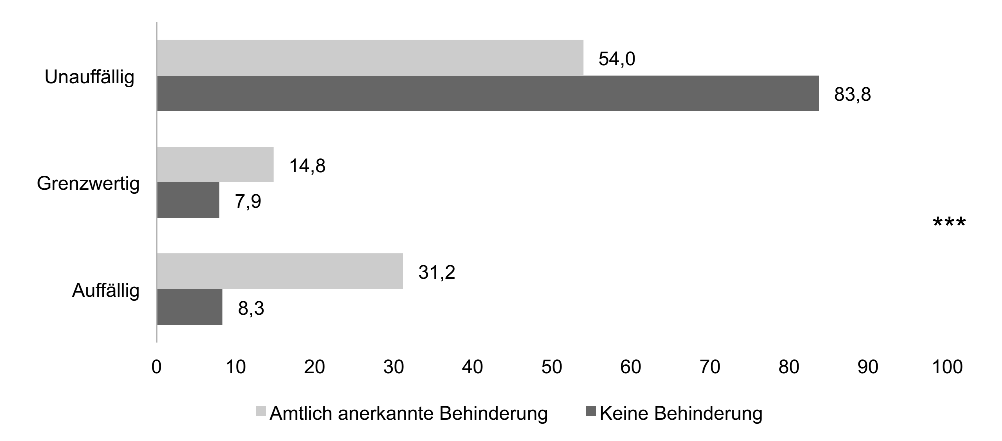
	anerkannte Behinderung	
	GdB < 50	**GdB ≥ 50 (Schwerbehinderung)**
	OR (95 %-KI)	**OR (95 %-KI)**
seelisches Unwohlsein (> 14 Tage/Monat) (n=16.665)	0,94 (0,73–1,20)	1,39 (1,16–1,66)***
niedrige Vitalität (n=16.868)	1,34 (1,13–1,60)**	1,27 (1,10–1,45)**

Anmerkungen: Variablen im Modell: anerkannte Behinderung, Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund, schlechte selbstberichtete Gesundheit, Gesundheitsbewusstsein, depressive Verstimmung, seelisches Unwohlsein, Vitalität, psychisches Wohlbefinden; „keine Behinderung“ diente als Referenzkategorie;
*Legende: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; GdB = Grad der Behinderung; KI = Konfidenzintervall*

Studien zu Kindern und Jugendlichen mit Behinderung im internationalen Raum verdeutlichen ebenfalls eine eingeschränkte psychische Gesundheit im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Behinderung (vgl. Lindén-Boström/Persson, 2015; Honey et al., 2011; Kariuki et al., 2011; Emerson/Hatton, 2007). Eine Studie aus Schweden zeigt, dass Schüler/innen im Alter von 13–18 Jahren (n = 7.793) mit unterschiedlichen Behinderungen – z. B. Lese- und Schreibproblemen, Taubheit oder Sehbehinderung – eine schlechtere psychische Gesundheit angeben als Jugendliche ohne diese Behinderungen. Jugendliche mit Mehrfachbehinderungen weisen ein erhöhtes Risiko für eine schlechtere psychische Gesundheit auf als Jugendliche ohne oder mit nur einer Behinderung (vgl. Lindén-Boström/Persson, 2015). Eine australische Studie belegt außerdem, dass junge Erwachsene im Alter von 15–29 Jahren (n = 3.392) mit körperlichen, sensorischen oder intellektuellen Behinderungen eine schlechtere psychische Gesundheit empfinden als Gleichaltrige ohne Behinderung. Häufig sind diese Unterschiede – ähnlich wie für Erwachsene mit Behinderungen – von den sozialen und

materiellen Lebensbedingungen der befragten Personen abhängig (vgl. Honey et al., 2011).

Ergebnisse für Deutschland aus der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS) 2017 zeigen ein ähnliches Muster für die psychische Gesundheit bei dieser Zielgruppe mit Behinderung auf (vgl. Ellert et al., 2014). In Abb. 9.3 ist erkennbar, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung eine höhere Prävalenz (31,2 %) für psychische Auffälligkeiten aufweisen im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Behinderung (8,3 %). Gleichermaßen werden psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung häufiger als grenzwertig (14,8 %) und seltener als unauffällig (54,0 %) eingestuft als bei Gleichaltrigen ohne Behinderung (grenzwertig: 7,9 %; unauffällig: 83,8 %).



*Legende: signifikante Unterschiede zwischen Heranwachsenden mit und ohne Behinderung: sehr hoch (*** p<0,001)*

Abb. 9.3: Psychische Auffälligkeiten[1] bei Kindern und Jugendlichen, differenziert nach dem Vorhandensein einer Behinderung in Prozent (vgl. Ellert et al., 2014)

1 Psychische Auffälligkeiten wurden über den Fragebogen zu Stärken und Schwächen (engl.: Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) erfasst. Der international anerkannte SDQ, bestehend aus einem Symptom- und Impactfragebogen, wird verwendet, um psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen zu erheben (vgl. RKI, 2017). Die 25 SDQ-Items sind auf fünf Skalen mit je fünf Elementen aufgeteilt: Hyperaktivität, emotionale Symptome, Verhaltensprobleme, Peer-Probleme und prosoziales Verhalten. Die Punktzahl (im Bereich von 0–10) für jede der fünf Skalen wird durch Summieren der Punktzahlen für die fünf Elemente erzeugt, wodurch eine Skala generiert wird (vgl. Goodman, 1997).

Wohlbefinden

Die Begriffe „Wohlbefinden" und „gesundheitsbezogene Lebensqualität" sind in ihrer theoretischen Orientierung und Verwendung häufig schwer voneinander abzugrenzen, da die psychologischen Konstrukte des subjektiven Wohlbefindens und der subjektiven Gesundheit häufig mittels der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfasst werden (vgl. Birnbacher, 2018; Hornberg, 2016; Kohl/Strauss, 2010). Die WHO (2013) beschreibt in ihren Gesundheitszielen 2020, dass die Förderung des Wohlergehens[2] der Bevölkerung – bestehend aus einer subjektiven und einer objektiven Komponente – verwirklicht werden soll. Das subjektive Wohlbefinden stellt ein mehrdimensionales Konstrukt mit kognitiven (Einschätzung der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben) und affektiven Komponenten (Stimmungen und Emotionen) dar. Bestandteile des objektiven Wohlbefindens können Lebensbedingungen von Menschen und ihre Chancen auf die Nutzung ihres Potenzials sein.

Verfolgt man den internationalen Forschungsstand, dann wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung ein schlechteres Wohlbefinden erleben als Menschen ohne Behinderung. Zu diesem Ergebnis kommt z. B. eine bevölkerungsbezogene Umfrage von Erwachsenen (n = 3.010) auf den Philippinen (vgl. Marella et al., 2016).[3] Eine Studie aus Kroatien untersucht die Stresserfahrung und psychische Gesundheit bei Menschen mit körperlichen Behinderungen. Die Befragten berichten überwiegend von Stress als negative Erfahrung, die das emotionale Wohlbefinden negativ beeinflusst. Auch Erfahrungen von Diskriminierung, körperlicher Unzugänglichkeit, sozialer Isolation und begrenzten Beschäftigungsmöglichkeiten stehen in negativem Zusammenhang mit dem emotionalen Wohlbefinden (vgl. Jokić/Bartolac, 2018).

Mittels einer repräsentativen Stichprobe für Deutschland des oben vorgestellten GEDA-Surveys 2012 zeigt sich anhand eigener Datenauswertungen ebenfalls für das psychische Wohlbefinden,[4] dass rund 47 % der Menschen mit einem GdB ≥ 50 sowie einem GdB < 50 ein schlechteres psychisches Wohlbefinden aufweisen im Vergleich zu 35,1 % der Menschen ohne eine amtlich anerkannte Behinderung.

---

2 Der englische Begriff „well-being" wird hier im Deutschen für die Ebene des Individuums mit „Wohlbefinden" und für die Ebene der Gesellschaft mit „Wohlergehen" übersetzt (vgl. WHO, 2013).

3 Die „Rapid Assessment of Disability (RAD)"-Umfrage wurde genutzt, um Menschen mit Behinderungen anhand ihrer Antworten auf Aktivitätseinschränkungen zu identifizieren (vgl. Marella et al., 2016).

4 Das Wohlbefinden wird mittels des SF-36 erhoben. Diesbezüglich wird aus verschiedenen Einzelfragen zu dem psychischen Wohlbefinden ein Indikator mit einer Skala von 0 („sehr schlecht") bis 100 („sehr gut") für erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen gebildet (vgl. BMAS, 2013, S. 195).

Lebensqualität

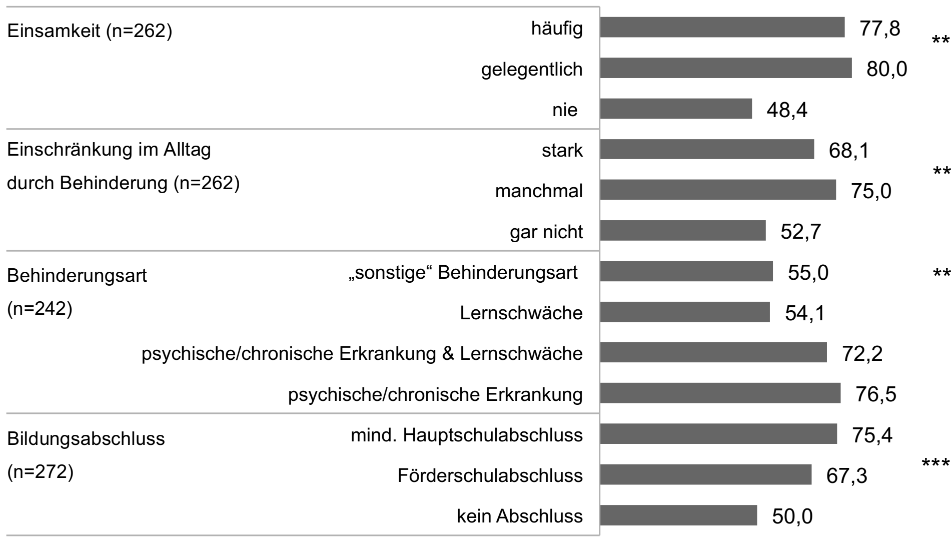
Aufgrund der Differenzierung und Ausweitung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses – gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell – rückt das subjektive Befinden stärker in den Fokus der Gesundheitsversorgung (vgl. Buchholz et al., 2019). Deshalb gewinnt die gesundheitsbezogene Lebensqualität an Bedeutung (vgl. Buchholz et al., 2019; Bullinger et al., 2019; Wirtz et al., 2018; Gómez et al., 2015; Bullinger, 2014; Ellert et al., 2014). Sie wird als umfassendes, multidimensionales Konstrukt beschrieben, welches die subjektive Wahrnehmung von gesundheitsbezogenen körperlichen, psychischen sowie sozialen Aspekten widerspiegelt (vgl. Wirtz et al., 2018; WHO, 1999) und von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit ausgeht (vgl. Ellert/Kurth, 2013). Maßgeblich ist dabei die Sichtweise der Betroffenen in ihrem kulturellen Kontext hinsichtlich der Gesundheit und des Wohlbefindens. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität umfasst die Bewertung des eigenen Lebens und das Verhältnis von angenehmen zu unangenehmen physischen und psychischen Empfindungen (vgl. Hornberg, 2016; Renneberg/Lippke, 2006). Ein validiertes Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt der SF-36[5] dar, welcher international sehr häufig zum Einsatz kommt (vgl. Ellert/Kurth, 2013).

Der Zusammenhang von Behinderung und gesundheitsbezogener Lebensqualität ist im internationalen Kontext bereits häufig untersucht worden (vgl. Armstrong et al., 2016; Colemann et al., 2015; Hsieh/Waite, 2019; Kosma et al., 2009; Memisevic et al., 2017). Menschen mit einer Behinderung geben häufiger eine niedrige Lebensqualität an als Menschen ohne Behinderung (vgl. Hsieh/Waite, 2019; Kosma et al., 2009). Eine Studie aus Bosnien und Herzegowina kommt zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen der Behinderungsart und der Lebensqualität besteht: Menschen mit einer geistigen Behinderung weisen häufiger eine niedrigere Lebensqualität auf als Menschen mit anderen Behinderungsarten, u. a. körperliche Behinderung, Schwerhörigkeit und Sehbehinderung (vgl. Memisevic et al., 2017). Kontrastierend dazu

5 Der SF-36 „ist ein Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er setzt sich aus acht mit Skalen bewerteten Domänen zusammen. Der Wertebereich jeder Skala umfasst 0–100 unter der getroffenen Annahme, dass jede Frage im Bogen das gleiche Gewicht besitzt. Die acht Domänen des SF-36 sind: Vitalität, körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Rollenfunktion, emotionale Rollenfunktion, soziale Funktionsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden. Beim psychischen Wohlbefinden wird berücksichtigt: Depressionen, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle sowie allgemeine positive Gestimmtheit“ (BMAS, 2013, S. 195). Die Skala besitzt einen Durchschnittswert von 74 (Bereich: 0–100), wobei höhere Werte eine bessere psychische Gesundheit widerspiegeln (vgl. Aitken et al., 2018).

zeigt eine irische Studie, dass erwachsene Klient/innen regionaler Behinderungsdienstleister mit intellektueller Behinderung ihre Lebensqualität höher einstufen als Klient/innen mit körperlicher oder sensorischer Behinderung (vgl. Boland et al., 2009). Studienergebnisse aus Amerika verdeutlichen, dass insbesondere Menschen mit sensorischen Beeinträchtigungen häufiger eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen als Menschen, die keine Seh- oder Hörschädigungen haben (vgl. Armstrong et al., 2016). Außerdem weisen Menschen mit Querschnittslähmung, die in einer Befragung eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität angaben, häufiger eine verringerte psychische Gesundheit auf als Menschen mit Querschnittslähmung, die eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität mitteilten (vgl. Colemann et al., 2015).

Auch Ergebnisse aus Deutschland belegen diese Befunde. Beispielsweise verdeutlichte eine Primärerhebung in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in Nordrhein-Westfalen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Erwachsenen mit geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen mit dem Bildungsabschluss, dem subjektiven Sozialstatus, der Behinderungsart, der empfundenen Einsamkeit sowie der Stärke der Einschränkungen im Alltag assoziiert ist (vgl. Rathmann et al., 2019). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Menschen mit Behinderung, die sich gelegentlich (80,0 %) oder häufig (77,8 %) einsam fühlen, eine psychische oder chronische Erkrankung (76,5 %) haben, mindestens einen Hauptschulabschluss (75,4 %) besitzen und häufiger eine niedrige psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen (vgl. Abb. 9.4; Rathmann et al., 2019, S. 253).

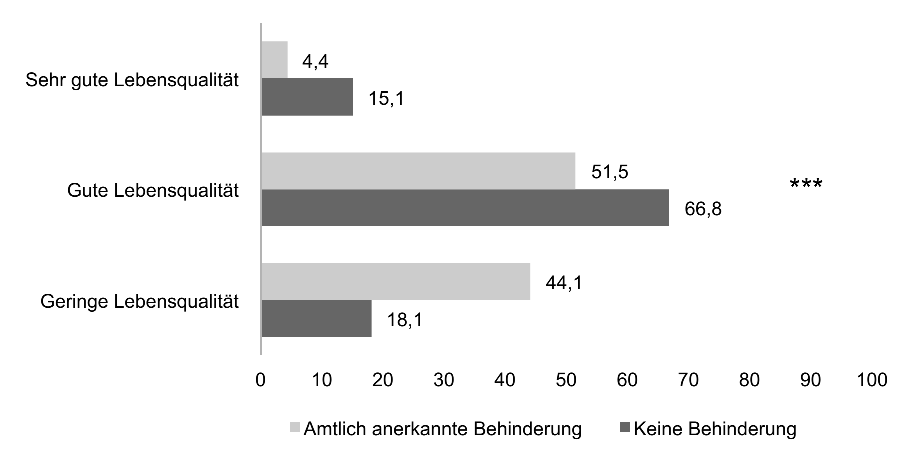


*Legende: signifikante Unterschiede zwischen den genannten Gruppen: hoch (** p<0,01) und sehr hoch (*** p<0,001)*

Abb. 9.4: Prävalenz einer niedrigen psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität, differenziert nach Hintergrundmerkmalen der Befragten in Prozent (vgl. Rathmann et al., 2019, S. 253)

Bislang liegen nur wenige und nicht aktuelle internationale Studien vor, die sich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung widmen. Eine Studie in sieben europäischen Ländern untersuchte die Lebensqualität von Kindern mit Querschnittslähmung anhand der elterlichen Einschätzung (vgl. Arnaud et al., 2008). Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Schwere der Behinderung nicht per se mit einer schlechteren Lebensqualität einhergeht. Allerdings war ein höheres Schmerzempfinden mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert.

Eigene Berechnungen mit den Daten des KiGGS-Surveys (vgl. Abb. 9.5) belegen für Kinder und Jugendliche in Deutschland, dass Heranwachsende mit Behinderung (44,1 %) häufiger eine geringe (18,1 %) und seltener eine sehr gute Lebensqualität (4,4 %) angeben als Gleichaltrige ohne Behinderung (15,1 %).



*Legende: signifikante Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung: sehr hoch (*** p<0,001)*

Abb. 9.5: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10-Index) von Kindern und Jugendlichen, differenziert nach dem Vorhandensein einer Behinderung in Prozent (vgl. KiGGS, 2017)

Depression

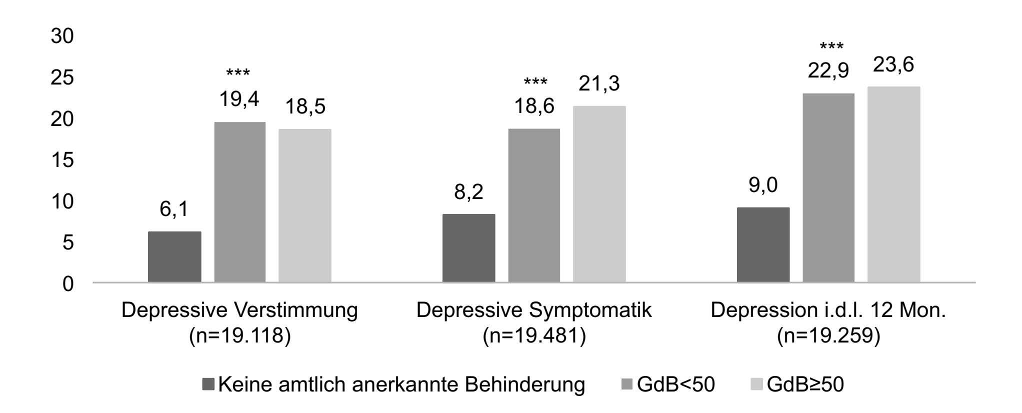
Neben dem Wohlbefinden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind auch psychische Störungen wie Depressionen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit bei Menschen mit Behinderung zu betrachten. Depressionen sind den affektiven Störungen zuzuordnen und gehören zu den häufigsten Formen psychischer Störungen (vgl. Wittchen et al., 2010). Affektive Störungen stellen einen Sammelbegriff für verschiedene Formen depressiver, manischer und manisch-depressiver Erkrankungen dar, die auf der Grundlage der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (engl.: *International Classification of Diseases* (ICD), ICD-10: F30-F39) oder dem DSM-5 diagnostiziert werden (vgl. Wittchen et al., 2010). Wesentliches Merkmal einer klinischen Depression[6] ist die Persistenz der depressiven Hauptsymptome, die mindestens zwei Wochen lang ausgeprägt vorliegen und eine deutliche Veränderung gegenüber dem normalen Befinden darstellen. Hauptsymptome sind z. B. Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit, Verlust von Interesse und Freude oder der Verlust von Antrieb und Energie. Neben diesen Symptomen sind unter Depres-

6 im Sinne einer depressiven Episode nach ICD-10: F32 oder einer Major Depression nach DSM

sionen weitere Symptome körperlicher, affektiver, kognitiver und verhaltensbezogener Art, wie z. B. Störung von Appetit und Gewicht, Schlafstörung, psychomotorische Störungen, Verlust des Selbstwertgefühls oder Konzentrationsschwierigkeiten, zu subsumieren (vgl. Wittchen et al., 2010).

Im internationalen Raum verdeutlicht eine schottische Studie basierend auf Zensusdaten des Jahres 2011 (n = 5.295.403), dass Menschen mit geistiger Behinderung (23,4 %) häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Menschen ohne Behinderung (5,3 %). Adjustiert nach Alter und Geschlecht weisen Menschen mit Behinderung ein bis zu über siebenfach erhöhtes Risiko auf, unter psychischen Problemen zu leiden als Menschen ohne Behinderung (vgl. Hughes-McCormack et al., 2017). Für Depressionen zeigen weitere internationale Studien, dass Menschen mit Behinderung häufiger von depressiven Symptomen betroffen sind und ein erhöhtes Risiko für depressive Symptome aufweisen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung (vgl. Rotarou/Sakellariou, 2018; Latham, 2015). Eine amerikanische Studie untersucht die Unterschiede im Vorkommen von depressiven Symptomen bei Kindern (8–11 Jahre) mit verschiedenen Lernbehinderungen. Kinder mit einer Lernbehinderung weisen häufiger eine Depression auf als Kinder ohne Lernbehinderung (vgl. Marella et al., 2016). Studienergebnisse für Deutschland liefern ähnliche Ergebnisse: In einer Querschnittstudie wurden Risikofaktoren für die depressive Beschwerdelast bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung erhoben (n = 44) (vgl. Schmückle et al., 2017). Rund 20 % (n = 9) der Teilnehmenden äußerten eine stärkere depressive Beschwerdelast. Als Risikofaktoren für stärkere depressive Beschwerden werden z. B. der „Behinderungsgrad zwischen 90 und 100“, „das Wohnen bei den Eltern“ oder „manchmal Angst vor neuen Situationen“ benannt (Schmückle et al., 2017, S. 416 f.).

Auch eigene Auswertungen der repräsentativen Daten des GEDA 2012 und GEDA 2014/2015-EHIS (vgl. Abb. 9.6) verdeutlichen, dass Erwachsene mit Behinderung häufiger eine depressive Verstimmung, eine depressive Symptomatik und eine Depression aufweisen als Erwachsene ohne Behinderung. Es ist ein stufenweiser Gradient nach dem GdB zu erkennen. Insbesondere Befragte mit einem GdB ≥ 50 berichten häufiger von einer depressiven Symptomatik (21,3 %) oder einer Depression (23,6 %) als diejenigen mit einem GdB < 50. Ferner zeigt sich mittels Daten des GEDA 2012 für Menschen mit einem GdB ≥ 50 ein um den Faktor 1,99 erhöhtes Risiko für depressive Verstimmungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung.



*Legende: signifikante Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Behinderung: sehr hoch (*** p<0,001)*

Abb. 9.6: Häufigkeiten von depressiver Verstimmung (GEDA 2012), Vorhandensein einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen sowie 12-Monats-Prävalenz der Depression (GEDA 2014/2015-EHIS), differenziert nach dem GdB in Prozent

9.3 Implikationen zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Menschen mit Behinderung

In verschiedenen internationalen Studien wird übereinstimmend dargelegt, dass die schlechtere psychische Gesundheit von Menschen mit Behinderung im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung häufig auf die schlechteren sozialen und materiellen Lebensbedingungen zurückzuführen ist (vgl. Aitken et al., 2018; Rotarou/Sakellariou, 2018; Hatton et al., 2017; Honey et al., 2011). Es sind sozialpolitische Ansätze und Maßnahmen zur Verringerung der Diskriminierung, z. B. ein verbesserter Zugang zu Arbeitsverhältnissen, eine Reduzierung der finanziellen Notlagen und eine Verringerung der sozioökonomischen Benachteiligung, notwendig (vgl. Aitken et al., 2018; Hatton et al., 2017; Honey et al., 2011). Dies könnte durch verbesserte Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten erreicht werden. Es sollten sozialpolitische Maßnahmen abgeleitet werden, die einen gleichberechtigten Zugang zu einer angemessenen psychischen Gesundheitsversorgung für erwachsene Menschen mit Behinderung ermöglichen (vgl. Rotarou/Skellariou, 2018).

Eine gezielte Förderung der psychischen Gesundheit für die vulnerable Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderung stellt ein wichtiges Vorhaben dar, das zur Entwicklung individueller Ressourcen und Kompetenzen beiträgt. Interventionen in diesem Bereich können vielfältig gestaltet sein und in unterschiedlichen Lebenswelten stattfinden. Bisherige Interventionen stammen meist aus dem Ausland und widmen sich der Bewältigung von Beanspruchungen und Stress sowie der Steigerung der Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit bei Menschen mit (geistiger) Behinderung; größtenteils mittels edukativer Maßnahmen. Die Mehrheit der Studien erreicht die Menschen mit Beeinträchtigungen über verhaltensbezogene Strategien wie motivierende Gesprächsführung, Transaktionsanalyse und Kompetenzentwicklung in den Bereichen Selbstfürsorge, Problemlösungskompetenzen und eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten (vgl. Latteck, 2017).

Insgesamt sollte das Hauptziel darin bestehen, Menschen mit Behinderung in Gesundheitsfragen und in ihrem Gesundheitsverhalten zu unterstützen und zu fördern, um zu einem stabilen positiven Gesundheitsempfinden beizutragen und zu einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung – auch mit Blick auf gesundheitliche Belange – zu befähigen. Erste vielversprechende Ansätze zur Stärkung der Gesundheit und Gesundheitskompetenz bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf individueller Ebene liegen hierfür im Setting der WfbM bereits vor. Ein Beispielprojekt, das sich dieser Ziele annimmt, ist das Projekt „GESUND!“ (vgl. Burtscher et al., 2017), das Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. geistiger Behinderung durch ein partizipatives Vorgehen zu Gesundheitsforscher/innen befähigt. Ein weiteres Programm, „Gesund – zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz und Arbeitsfähigkeit“, widmet sich der Prävention psychischer Erkrankungen und wurde als Gruppentraining in einer Werkstatt für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durchgeführt und evaluiert (vgl. Latocha, 2015). Es wurden Stressbewältigungsstrategien und die Entwicklung von Selbstmanagementfähigkeiten erarbeitet, die den Umgang mit Belastungen während der Arbeit erleichtern. Anhand eines Prä-Post-Studiendesigns und des Vergleichs mit einer Kontrollgruppe konnte die Wirksamkeit des elf Sitzungen umfassenden Gruppentrainings für die Interventionsgruppe bestätigt werden.

Neben individuumszentrierten Maßnahmen im Sinne der Verhaltensprävention sind umfassende bzw. ganzheitliche Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit, die Maßnahmen auf der Verhältnisebene einschließen, umzusetzen. Ge-

rade in den Lebens- und Arbeitswelten der Eingliederungs- und Behindertenhilfe (u. a. Wohnbereich, Werkstatt) lassen sich Maßnahmen zur Förderung der (psychischen) Gesundheit auf Individual- und Organisationsebene – u. a. im Sinne einer komplexen Intervention – implementieren. Zu berücksichtigen ist hier, dass dies nicht nur durch die Übersetzung von gesundheitsbezogenen Informationen in Leichter Sprache oder mit kurzzeitigen Interventionen zu gewährleisten ist. Vielmehr sind u. a. weitreichende Unterstützungsmöglichkeiten durch Betreuungskräfte, Angehörige und (medizinisches) Fachpersonal notwendig, die die Menschen mit geistigen oder anderen Behinderungen in ihren Gesundheitsbelangen unterstützen.

Gerade eine nicht inklusive Gesellschaft wird häufig von Menschen mit Behinderung als größtes Hindernis im Alltag erlebt. Umsetzung und Unterstützung des gemeinschaftsbasierten Wohnens von Menschen mit beispielsweise einer geistigen Behinderung können zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen (vgl. Memisevic et al., 2017). Auch die medizinische Versorgung von und die Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung für Menschen mit Beeinträchtigungen und Assistenzbedarf stellt das Gesundheitswesen vor strukturelle Herausforderungen. Nach wie vor bestehen zahlreiche Barrieren beim Zugang zu und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (vgl. Wetzel et al., 2019; Armbruster et al., 2011). Die von der Stiftung Gesundheit geförderten Projekte „Praxis-Tool Barrierefreiheit“, „Barrierefreie Praxis“, „Atlas der Barrierefreiheit“ und „barrierefreies Internet“ stellen erste Schritte zum Thema Barrierefreiheit u. a. im Gesundheitswesen dar (vgl. Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft e. V., o. J.).

Künftige Studien sollten so ausgelegt sein, dass partizipative Strategien der Gesundheitsforschung und -förderung Berücksichtigung finden, um die Zielgruppe selbst in die Forschungs- und Umsetzungsprozesse der Maßnahmen sowie Evaluationen einzubeziehen. Der WHO-Aktionsplan „Better health for all people with disability” (2014–2021), der die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten und -programmen sowie die Stärkung und Ausweitung von (gemeindenaher) Rehabilitation, Habilitation, Hilfstechnologien sowie Hilfs- und Unterstützungsdiensten vorsieht (vgl. WHO, 2015b), fordert u. a. die Sammlung einschlägiger und international vergleichbarer (Gesundheits-)Daten zu Behinderungen, um die Forschung zu Behinderungen und damit zusammenhängenden Dienstleistungen stärker voranzubringen. Dazu tragen die in diesem Beitrag aufgeführten Studien und Ergebnisse bei. Nur so kann es gelingen, eine regelmäßige (routinierte) Berichterstattung zur Gesundheit

von Menschen mit Behinderung in Deutschland zu etablieren, um langfristig nicht nur die psychische Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Assistenzbedarf zu stärken.

Literatur

Aitken, Z./Simpson, J. A./Gurrin, L./Bentley, R. et al. (2018). *Do material, psychosocial and behavioural factors mediate the relationship between disability acquisition and mental health? A sequential causal mediation analysis.* International Journal of Epidemiology, 47 (3), S. 829-840.

BRK-Allianz – Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention (2013). *Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland.* http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/parallelbericht_barrierefrei_layoutfassung.pdf (08.11.2019).

Armbruster, J./Bartmann, P./Häcker, U./ Schmidt-Ohlemann, M. (2015). *Das Recht auf gesundheitliche Versorgung – ein Menschenrecht auch für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung! Positionspapier des BeB zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im Sozialraum im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention.* https://beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2011-07_positionspapier_recht_auf_gesundheitliche_versorgung.pdf (08.11.2019).

Armstrong, T. W./Surya, S./Elliott, T. R./Brossart, D. F. (2016). *Depression and Health-Related Quality of Life Among Persons With Sensory Disabilities in a Health Professional Shortage Area.* Rehabilitation Psychology, 61 (3), S. 240–250.

Arnaud, C./White-Koning, M./Michelsen, S. I./Parkes, J. et al. (2008). *Parent-Reported Quality of Life of Children With Cerebral Palsy in Europe.* American Academy of Pediatrics, 121 (1), S. 54–64.

Behindertenbeauftragte – Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.* https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (07.11.2019).

Bhaumik, S./Kiani, R./Michael, D. M./Gangavati, S. (2016). *Intellectual disability and mental health: an overview.* International Journal of Culture and Mental Health, 9 (4), S. 417–429.

Birnbacher, D. (2018). *Lebensqualität in der Medizin. Gesundheit und Wohlbefinden.* Deutsches Ärzteblatt, 115 (38), S. 1640–1645.

Boland, M. C./Daly, L./Staines, A. (2009). *Self-rated health and quality of life in adults attending regional disability services in Ireland.* Disability and Health Journal, 2, S. 95–103.

Boot, F. H./Dinsmore, J./Khasnabis, C./MacLachlan, M. (2017). *Intellectual Disability and Assistive Technology: Opening the GATE Wider.* Frontiers in Public Health, 5, S. 10.

Buchholz, I./Biedenweg, B./Kohlmann, T. (2019). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Konzepte, Messung und Analyse.* In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 201–211.

Bullinger, M. (2014). *Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert.* Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108 (2–3), S. 97–103.

Bullinger, M./Kuhn, J./Leopold, K./Janetzky, W. (2019). *Lebensqualität als Zielkriterium in der Schizophrenietherapie.* Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 87 (6), S. 348–356.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016). *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=BF9D82933C00AB3642C93033B41781 8E?__blob=publicationFile&v=9 (07.11.2019).

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013). *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.* https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (07.11.2019).

Burtscher, R./Allweiss, T./Perowanowitsch, M./Roth, E. (2017). *Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Leichter lernen mit dem Projekt GESUND!* 2. Auflage, https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/themen_vertragspartner/Praevention-Gesundheitsfoerderung/Projekt-Gesund/Broschuere-Projekt-Gesund.pdf (08.11.2019).

Busch, M./Hapke, U./Mensink, G. B. M. (2011). *Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise.* GBE kompakt, 2 (7), https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_7_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (08.11.2019).

Coleman, J. A./Harper, L. A./Perrin, P. B./Olivera, S. L. (2015). *The Relationship Between Physical and Mental Health Variables in Individuals With Spinal Cord Injury From Latin America*. PM&R, 7 (1), S. 9–16.

Cooper, S.-A./Smiley, E./Morrison, J./Williamson, A. et al. (2007). *Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors.* British Journal of Psychiatry, 190 (1), S. 27–35.

Ellert, U./Kurth, B. M. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56, S. 643–649.

Ellert, U./Brettschneider, A.-K./Ravens-Sieberer, U. (2014). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1).* In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57, S. 798–806.

Emerson, E./Hatton, C. (2007). *Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain.* British Journal of Psychiatry, 191, S. 493–499.

EDF – European Disability Forum (2018). *EDF Annual Report 2016–2017.* http://www.edf-feph.org/sites/default/files/edf-report2016-17-accessible.pdf (08.11.2019).

Geukes, C./Bruland, D./Latteck, Ä.-D. (2018). *Health literacy in people with intellectual disabilities: A mixed-method literature review.* Kontakt, 4, S. 449–457.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der SS 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018.* https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf (06.12.2019).

Gómez, L. E./Arias, B./Verdugo, M. Á./Tassé, M. J. et al. (2015). *Operationalisation of quality of life for adults with severe disabilities.* Journal of Intellectual Disability Research, 59 (10), S. 925–941.

Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38 (5), S. 581–586.

Hasseler, M. (2015). *Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung.* Die Rehabilitation, 54 (6), S. 369–374.

Hatton, C./Emerson, E./Robertson, J./Baines, S. (2017). *The Mental Health of British Adults with Intellectual Impairments Living in General Households.* Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 30 (1), S. 188–197.

Havercamp, S./Scandlin, D./Roth, M. (2004). *Health Disparities Among Adults with Developmental Disabilities, Adults with Other Disabilities, and Adults Not Reporting Disability in North Carolina.* Public Health Reports, 119, S. 418–426.

Hermans, H./Beekman, A. T. F./Evenhuis, H. M. (2013). *Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services.* Journal of Affective Disorders, 144, S. 94–100.

Hermans, H./Evenhuis, H. M. (2014). *Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities.* In: Research in Developmental Disabilities, 35 (4), S. 776–783.

Honey, A./Emerson, E./Llewellyn, G. (2011). *The mental health of young people with disabilities: impact of social conditions.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46 (1), S. 1–10.

Hornberg, C. (2016). *Gesundheit und Wohlbefinden.* In: Gebhard, U./Kistemann, T. (Hrsg.): Landschaft, Identität und Gesundheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 63–69.

Hsieh, N./Waite, L. (2019). *Disability, Psychological Well-Being, and Social Interaction in Later Life in China.* Research on Aging, 41 (4), S. 362–389.

Hughes-McCormack, L. A./Rydzewska, E./Henderson, A./MacIntyre, C. et al. (2017). *Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population.* British Journal of Psychiatry, 3 (5), S. 243–248.

Jacobi, F./Maier, W./Heinz, H. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Hilfestellung zur Indikation.* Deutsches Ärzteblatt, 110 (49), S. 2364–2368.

Jokić, C. S./Bartolac, A. (2018). *The Stress Experience and Mental Health among Persons with Physical Disabilities: A Minority Stress Perspective.* Socijalna Psihijatrija, 46 (1), S. 26–57.

Jungnitz, L./Puchert, R./Schrimpf, N./Schröttle, M. et al. (2013). *Lebenssitutation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung.* Bielefeld/Berlin/München: BMAS.

Kariuki, M./Honey, A./Emerson, E./Llewellyn, G. (2011). *Mental health trajectories of young people after disability onset.* Disability and Health Journal, 4, S. 91–101.

Kohl, S./Strauss, B. (2010). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden.* In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 241–251.

Kosma, M./Ellis, R./Cardinal, B. J./Bauer, J. J. et al. (2009). *Psychosocial predictors of physical activity and health-related quality of life among adults with physical disabilities: An integrative framework.* Disability and Health Journal, 2, S. 104–109.

Latham, K. (2015). *The "Long arm" of Childhood Health: Linking Childhood Disability to Late Midlife Mental Health.* Research on Aging, 37 (1), S. 82–102.

Latocha, K. (2015). Verhaltens- und Verhältnisprävention psychisch erkrankter Beschäftigter. NeuroTransmitter, 26 (2), S. 45–54.

Lindén-Boström, M./Persson, C. (2015). *Disparities in mental health among adolescents with and without impairments.* Scandinavian Journal of Public Health, 43 (7), S. 728-735.

Marella, M./Devine, A./Armecin, G. F./Zayas, J. et al. (2016). *Rapid assessment of disability in the Philippines: understanding prevalence, well-being, and access to the community for people with disabilities to inform the W-DARE project.* Population Health Metrics, 14 (26).

Memisevic, H./Mujkanovic, E./Biscevic, I. I. (2017). *Quality of life of people with disabilities in Bosnia and Herzegovina – is there a moderating effect of the health status?* Scandinavian Journal of Disability Research, 19 (4), S. 375–382.

Rathmann, K./Nellen, C. (2019). *Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. Ergebnisse einer explorativen Studie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung.* In: Prävention und Gesundheitsförderung, 14 (4), S. 375–383.

Rathmann, K./Nellen, C./Brambrink, J./Krause, C. (2019). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Beschäftigten in Werkstätten für Menschen mit Behinderung: soziale und behinderungsspezifische Unterschiede.* Prävention und Gesundheitsförderung, 14, S. 248–255.

Renneberg, B./Lippke, S. (2006). *Lebensqualität.* In: Renneberg, B./Hammelstein, P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 29–33.

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.* http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf (07.11.2019).

Rotarou, E. S./Sakellariou, D. (2018). *Depressive symptoms in people with disabilities; secondary analysis of cross-sectional data from the United Kingdom and Greece.* Disability and Health Journal, 11 (3), S. 367–373.

Sappok, T. (2018). *Behinderung und Gesundheit.* In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 1–9.

Sappok, T./Diefenbacher, A. (2017). *Die 4. Dimension: Erweiterung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells um die emotionale Entwicklungskomponente bei Menschen mit geistiger Behinderung.* Bielefeld: Bethel.

Schmückle, D./Schmolz, G. K./Lindert, J. (2017). „Psychische Gesundheit bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung. Schutz- und Risikofaktoren in Bezug auf Depression und Angststörung“ – eine Querschnittstudie. Gesundheitswesen, 79 (5), S. 415–418.

Schülle, M. (2016). *Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse.* In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Fachbeitrag D33–2016. https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D33-2016_Gesundheitsversorgung_fuer_Menschen_mit_geistiger_und_mehrfacher_Behinderung_Teil_1.pdf (08.11.2019).

Schülle, M./Hornberg, C. (2016). *Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung: Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB).* Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59 (9), S. 1117–1124.

Schröttle, M./Hornberg, C./Zapfel, S./Wattenberg, I. (2014). *Abschlussbericht „Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en)“.* http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-vorstudie-repraesentativbefragung-zur-teilhabe-von-menschen-mit-behinderung.pdf?__blob=publicationFile (08.11.2019).

StBA – Statistisches Bundesamt (2018). *Statistik der schwerbehinderten Menschen. Kurzbericht 2017.* https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publikationen/Downloads-Behinderte-Menschen/sozial-schwerbehinderte-kb-5227101179004.pdf?__blob=publicationFile (07.11.2019).

Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft e.V. (o. J.). *Barrierefreiheit der medizinischen Versorgung.* https://www.arzt-auskunft.de/foerdergemeinschaft/barrierefreie-medizinische-versorgung/ (08.11.2019).

Waldschmidt, A. (2005). *Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung?* Psychologie und Gesellschaftskritik, 29 (1), S. 9–31.

Walther, K. (2019). *Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit.* In: Walther, K./Römisch, K. (Hrsg): Gesundheit inklusive. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 3–15.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2018). *Mental health: strengthening our response.* https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (08.11.2019).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2015a). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf (08.11.2019).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2015b). *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021. Better health for all people with disability.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1 (08.11.2019).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2013). *Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden: Faktenblatt.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf?ua=1 (08.11.2019).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2011). *World Report on Disability.* https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (07.11.2019).

Wetzel, L./Rathmann, K./Dadaczynski, K. (2019). *Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren im Gesundheitswesen bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS.* Gesundheitswesen, 81 (08/09), S. 662.

Wirtz, M. A./Morfeld, M./Glaesmer, H./Brähler, E. (2018). *Normierung des SF-12 Version 2.0 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe.* In: Diagnostica, 64 (4), S. 215–226.

Wittchen, H.-U./Jacobi, F./Klose, M./Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen.* In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 51. Berlin: Druckerei Heenemann.

Wittchen, H. U./Jacobi, F./Rehm, J./Gustavsson, A. et al. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.* European Neuropsychopharmacology, 21 (9), S. 655–679.

10 Psychische Gesundheit und Krankheit im Alter

VALENTINA LUDWIG; EVA-MARIE KESSLER

Die psychologische Alternsforschung beschreibt das individuelle Altern als einen dynamischen Prozess, der durch biologische, soziokulturelle und psychologische Faktoren beeinflusst wird. Altern ist demnach nicht eine Phase des Verlustes, sondern vielmehr ein integraler Bestandteil der menschlichen Entwicklung, der, wie jede andere Lebensphase auch, sowohl durch Zugewinne als auch durch Verluste gekennzeichnet ist. Die psychische Gesundheit im höheren Lebensalter zeichnet sich durch große Heterogenität aus, die Mehrheit der älteren Menschen allerdings verfügt nachweislich über psychische Kapazitäten im Umgang mit Verlusten (Paradox des subjektiven Wohlbefindens). Gleichzeitig gehen psychische Erkrankungen im Alter wie Depression mit zahlreichen negativen Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand und auf die Lebenserwartung einher. Ältere Menschen, insbesondere mit Pflegebedarf, sind in der psychotherapeutischen Regelversorgung deutlich unterrepräsentiert.

In der Gesellschaft des längeren Lebens besteht großer Bedarf, sich wissenschaftlich mit den Besonderheiten, Herausforderungen und Chancen des Alters auseinanderzusetzen. In den letzten Jahren sind die psychische Gesundheit älterer Menschen ebenso wie psychische Erkrankungen zunehmend in den Blickpunkt der alternspsychologischen Forschung gerückt. Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ist festzustellen, dass für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen eine erhebliche Kluft zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität besteht (vgl. Gutzmann et al., 2017).

Dieser Beitrag beleuchtet Dynamiken des erfolgreichen Alterns wie auch Entwicklungsmodelle psychischer Erkrankungen. Am Beispiel von Depression werden die psychischen Erkrankungen im Alter sowie relevante Versorgungsbedarfe dargestellt.

10.1 Das Altern aus Perspektive der Lebensspanne

Anders als traditionelle Ansätze, die die Entwicklungspsychologie eher als *Psychologie des Kindes* ansahen und Lebensabschnitte jenseits der Adoleszenz kaum einbezogen, behandelt die psychologische Alternsforschung die menschliche Entwicklung als einen Prozess, der von der Geburt bis zum Tod andauert (vgl. Brandstädter/Lindenberger, 2007). Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne beschreibt das individuelle Altern als einen dynamischen Prozess, der durch biologische, soziokulturelle und psychologische Faktoren beeinflusst wird (vgl. Baltes et al., 2006). Gleichzeitig wird angenommen, dass das Individuum den Alternsprozess zu einem großen Teil selbst steuert. Im Laufe der menschlichen Entwicklung werden Entwicklungsaufgaben bewältigt. Die Art und Weise, wie dies geschieht, wie die Person handelt und auf äußere Einflüsse reagiert, bedingt den Entwicklungsprozess über die Lebensspanne. Das Alter wird nicht als reine Phase des Verlustes verstanden, sondern vielmehr als ein integraler Bestandteil der menschlichen Entwicklung, der, wie jede andere Lebensphase auch, sowohl durch Zugewinne als auch durch Verluste gekennzeichnet ist (vgl. Baltes et al., 2006). Das Älterwerden ist ein hoch individueller und sehr heterogener Prozess, wobei gleichzeitig auch normative Entwicklungsmuster, die spezifisch für das höhere und hohe Erwachsenenalter sind, vorliegen. Um die Entwicklungsprozesse im Alter umfassend beschreiben zu können, dürfen nicht nur die Verluste betrachtet werden, sondern es muss auch die Vielzahl persönlicher, sozialer und biologischer Ressourcen des alternden Menschen einbezogen werden (vgl. Kessler et al., 2014).

Einerseits zeigt sich im Laufe des Erwachsenenlebens ein normativer Rückgang biologischer Ressourcen und Kapazitäten. Andererseits nimmt die Plastizität, gemessen am Veränderungspotenzial des Individuums, mit dem Alter ab, während Multimorbiditäten mit vermehrter Häufigkeit auftreten (vgl. Baltes et al., 2006). Durch sensorische und funktionelle Einschränkungen kann die Diskrepanz zwischen dem, was eine Person körperlich, kognitiv und motivational leisten kann, und den individuellen, kultur- und sozialisationsbedingten Zielen und Wünschen im Alter anwachsen. Um mit dieser Diskrepanz umgehen zu können, passt sich der alternde Mensch mit seinen Zielen kontinuierlich an die sich ändernden körperlichen und kognitiven Bedingungen an. Dies äußert sich u. a. darin, dass Ressourcen primär zur Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung von Wohlbefinden und Gesundheit verwendet

werden (vgl. Baltes/Baltes, 1990). Jedes Lebensalter ist mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Normen besetzt und von einer kulturellen Erwartungshaltung geprägt. Dabei besteht im höheren und hohen Erwachsenenalter eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Potenzial des Alters und den gegebenen gesellschaftlichen Strukturen und Entfaltungsmöglichkeiten (vgl. Kessler/Staudinger, 2010).

10.2 Psychische Gesundheit im Alter

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als einen Zustand des Wohlbefindens, in dem jedes Individuum in der Lage ist, seine Potenziale zu erkennen und zu entfalten, mit den Herausforderungen des Alltags umzugehen, produktiv zu arbeiten und etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (vgl. WHO, 2018). Bei dieser Definition wird der Entwicklungsprozess des Individuums nicht explizit einbezogen. Die psychologische Alternsforschung berücksichtigt deshalb den Entwicklungsprozess über die Lebensspanne und betrachtet die psychische Gesundheit im Alter als ein einzigartiges Gefüge aus biologischen, psychologischen und soziokulturellen Risiko- und Schutzfaktoren, die sich *über die gesamte Lebensspanne* akkumuliert haben (vgl. Kessler et al., 2014). Über den Lebenslauf hinweg wählen Menschen ihre persönlichen Entwicklungsziele aus, wägen Prioritäten ab, passen diese bei Bedarf an oder geben unpassende Ziele auf, d. h. Menschen wirken aktiv auf die eigene psychische Gesundheit ein.

Da sich der altersbedingte Rückgang biologischer Ressourcen, die eingeschränkte Funktionalität und Mobilität sowie altersbedingte Isolation negativ auf die seelische Verfassung auswirken können, sind Institutionen wie Einrichtungen des Gesundheitssystems, psychosoziale Unterstützungsangebote, aber auch soziale Netzwerke und die Verfügbarkeit moderner Kommunikationsmittel wichtige, die psychische Gesundheit beeinflussende Faktoren. Dieser Umstand sollte sich sowohl in spezifischen Versorgungsangeboten als auch in Ausbildungsmöglichkeiten für das Fachpersonal des Gesundheitswesens widerspiegeln (vgl. Kessler/Bowen, 2015).

10.3 Psychische Erkrankungen im Alter

Innerhalb des großen Forschungsfeldes der psychologischen Alternsforschung beschäftigt sich die *Entwicklungspsychopathologie des Alters* mit dem pathologischen Älterwerden, das durch psychische Erkrankungen, Funktionsstörungen und kör-

perliche Einschränkungen im höheren und hohen Erwachsenenalter gekennzeichnet ist (vgl. Kessler et al., 2014). Gleichzeitig widmet sich diese Subdisziplin dem individuellen Potenzial des Menschen, um erfolgreich zu altern und die subjektive Lebenszufriedenheit zu erhalten. Die psychische Gesundheit älterer und hochaltriger Menschen kann enorm heterogen ausfallen. Während einige Personen hoch vulnerabel sind und an einer psychischen Erkrankung leiden, sind andere hochgradig resilient, sowohl psychisch als auch körperlich gesund (vgl. Kessler/Forstmeier, 2015). Diese Heterogenität zeigt sich einerseits darin, dass die Prävalenzrate der Demenz innerhalb der Gruppe der 90- bis 100-Jährigen bei 50 % liegt. Andererseits weisen epidemiologische Befunde konsistent darauf hin, dass ältere Menschen genauso häufig oder sogar seltener als jüngere Altersgruppen die Kriterien für die klinische Diagnose von Depressionen und Angststörungen erfüllen (vgl. Jorm, 2000). Ältere Menschen ab dem 60. Lebensjahr zeigen global die höchsten Suizidraten, während die Anzahl an Suizidversuchen mit dem Alter abnimmt (vgl. Conejero et al., 2018). Als Gruppe mit dem höchsten Suizidrisiko gelten Menschen zwischen dem 85. und 90. Lebensjahr, wobei Männer stärker gefährdet sind als Frauen (vgl. Shah et al., 2015). In dieses Bild passen ebenfalls sowohl längs- als auch querschnittliche Befunde, wonach sich negative Affektivität innerhalb der älteren Allgemeinbevölkerung nicht erhöht und die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie das Erleben positiver Affekte relativ stabil bleiben und nur im sehr hohen Alter leicht zurückgehen (vgl. Röcke/Brose, 2013). Psychische Erkrankungen treten auf, wenn die biologischen, psychologischen und soziokulturellen Defizite und Verluste die vorhandenen Ressourcen einer Person überwiegen. Dies wiederum kann zu klinisch signifikanten Problemen führen, die die Funktionalität im Alltag einschränken und die Lebensqualität beeinträchtigen. In der Regel gehen psychische Erkrankungen mit subjektiven Beschwerden und einem von der sozialen Norm abweichenden Verhalten einher (vgl. Kessler/Forstmeier, 2015).

10.4 Ressourcen und Resilienz

Das Phänomen, dass die psychische Verfassung und das allgemeine Wohlbefinden im Laufe des Erwachsenenlebens trotz zahlreicher Herausforderungen, Verluste und Veränderungen relativ stabil bleiben, bezeichnet man als *Wohlbefindensparadox* (vgl. Diener/Suh, 1998). Die Mehrheit der älteren Menschen verfügt nachweislich über psychische Kapazitäten, sich von negativen und belastenden Lebensereignissen zu

erholen, sich an die Umstände anzupassen und dadurch zum vorherigen Zustand des Wohlbefindens zurückzukehren. Diese Fähigkeit, das psychosoziale Funktionsniveau nach starkem negativem Stress, z. B. dem Verlust einer nahestehenden Person, wiederherzustellen und aufrechtzuerhalten, wird als Resilienz bezeichnet (vgl. Staudinger et al., 1995). Gewinne und Verluste bestimmen die Entwicklung eines Individuums zu jedem Zeitpunkt im Leben, das Verhältnis zwischen diesen beiden Aspekten wird im Alter jedoch stetig unausgewogener. Daher werden die Kompensationsfähigkeit und der Umgang mit Verlusten im Alter zu noch wichtigeren Determinanten von Resilienz, insbesondere, wenn biologische Ressourcen ihre Wirksamkeit verlieren (vgl. Kessler/Bowen, 2016). Positive individuelle Altersbilder, d. h. subjektive Repräsentationen des Älterwerdens, wirken sich anhand einer Reihe physischer, emotionaler und sozialer Indikatoren günstig auf Resilienz aus. So zeigen zahlreiche Studien, dass ein zuversichtlicher Blick auf den Alternsprozess den allgemeinen Gesundheitszustand sowie Langlebigkeit begünstigt. Eine positive Einstellung dem Altern gegenüber wirkt sich dabei nachweislich positiv auf Wohlbefinden, Gesundheit, kognitive Leistung und Mortalität aus (vgl. Wurm et al., 2013). Sowohl positive Altersbilder als auch Resilienz gelten als Faktoren, die mit erfolgreichem Altern (*successful aging*) assoziiert sind (vgl. Kessler/Forstmeier, 2015; MacLeod et al., 2016). Ein erfolgreicher Alternsprozess zeichnet sich u. a durch stabile kognitive Funktionsfähigkeit, hohes Wohlbefinden, einen guten Gesundheitszustand und wenige Erkrankungen aus.

10.5 Modelle erfolgreichen Alterns

Modelle der psychosozialen Entwicklung beschäftigen sich mit den zugrunde liegenden Dynamiken psychischer Gesundheit im Alter. Diese Dynamiken beziehen sich auf den lebenslangen Prozess der Entwicklungsregulation. Eines der einflussreichsten Modelle ist das *Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von* Erikson (1994). Beschrieben wird die lebenslange Entwicklung der Persönlichkeit in acht aufeinanderfolgenden, in ihrer Reihenfolge unumkehrbaren Stadien, die durch eine für den Lebensabschnitt charakteristische *psychosoziale Krise* gekennzeichnet sind. Die Krise des achten Stadiums spiegelt sich im Konflikt zwischen Ich-Integrität und Verzweiflung wider. Um diesen Konflikt zu bewältigen, soll der Mensch auf sein Leben zurückblicken, die Entscheidungen seines Lebens reflektieren, akzeptieren und sich mit seinem Alter und dem bevorstehenden Tod auseinandersetzen. Die damit ein-

hergehende Verzweiflung soll akzeptiert werden, dann erlange der Mensch Weisheit. Die erfolgreiche Bewältigung dieser letzten psychosozialen Krise nach Erikson kann als Voraussetzung für gute psychische Gesundheit im Alter angesehen werden (vgl. Erikson, 1994).

Das Modell der *Selektiven Optimierung mit Kompensation* (SOK) legt den Fokus auf Strategien der Selbstregulation, die ein erfolgreiches Altern fördern und begünstigen. Es umfasst Strategien der ressourcenorientierten Auswahl von Zielen und des optimalen Einsatzes von Ressourcen (vgl. Baltes/Baltes, 1990). Das SOK-Modell spricht von drei zentralen Prozessen der menschlichen Entwicklung, die über die gesamte Lebensdauer wirken: Selektion, Optimierung und Kompensation. Individuen selektieren ihre Ziele, passen sie an vorhandene Ressourcen und den jeweiligen Lebenskontext an, optimieren den Prozess der Zielerreichung durch z. B. das Erlernen neuer Fertigkeiten und kompensieren eventuelle Verluste durch die Aktivierung bisher ungenutzter Ressourcen und Hilfsmittel. Diese drei Grundprozesse tragen zur Erhaltung der Lebensqualität und Handlungskompetenz bei.

Die *sozioemotionale Selektivitätstheorie* (vgl. Charles/Carstensen, 2010) legt den Fokus auf Strategien der Emotionsregulation. Wenn Menschen altern und sich ihrer begrenzten Lebenszeit bewusst werden, so motiviert sie dies, positive Affektivität durch z. B. das Konzentrieren auf positive Lebensereignisse zu maximieren und negative Affekte zu vermeiden. Somit werden mehr Zeit und Energie in emotional-relevante Beziehungen mit nahestehenden Personen investiert.

Das Zwei-Prozess-Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse (vgl. Brandstädter/Rothermund, 2002) geht davon aus, dass Menschen sowohl Selektions- als auch Adaptationsprozesse durchlaufen. Dabei unterscheidet es zwischen *assimilativen* und *akkommodativen Strategien.* Kommen assimilative Strategien zum Einsatz, verändert das Individuum die Situation, in der es sich befindet, sodass diese besser zu den persönlichen Zielen passt. Akkommodative Strategien passen das Ziel an die situativen Umstände an. Gerade im hohen Alter kommt den akkommodativen Strategien eine besondere Relevanz zu. Entziehen sich die Ziele aufgrund von eingeschränkter Funktionalität und Mobilität der Kontrolle des alternden Menschen, so werden Strategien wichtig, durch die unerreichbar gewordene, blockierte Ziele aufgegeben, persönliche Erfahrungen an die situativen Umstände angepasst oder ein nicht mehr aktuelles Selbstbild losgelassen werden können (vgl. Brandstädter/Rothermund, 2002).

Auch das Reflektieren und Zurückerinnern an die eigene Biografie stellen einen wichtigen Ansatz der erfolgreichen Entwicklungsregulation in der zweiten Lebenshälfte dar (vgl. Pasupathi et al., 2006). Der Lebensrückblick fördert u. a. ein kohärentes Lebensnarrativ, stabilisiert die Identität und trägt somit zu einer funktionierenden Emotionsregulation bei. Weiterhin werden dem Lebensrückblick drei wichtige Funktionen zugeschrieben (vgl. Westerhof/Bohlmeijer, 2014). Das gemeinsame Erinnern, das Erzählen von Geschichten aus der eigenen Biografie und das Teilen persönlicher Erinnerungen können Generativität und das Bestehen von emotional relevanten Beziehungen fördern. Dies versteht man als *soziale Funktion*.

Als *instrumentelle Funktion* versteht man das Erinnern an Bewältigungsstrategien, die in der Vergangenheit erfolgreich Anwendung fanden und dabei helfen, aktuelle Probleme zu bewältigen. Der dritte Aspekt wird als *integrative Funktion* bezeichnet. Reflexion und das Erinnern an vergangene Erfahrungen können die Identität und den Selbstwert stabilisieren. Auch die Integration negativer biografischer Erfahrungen kann das Wohlbefinden stärken und beim Fällen bedeutsamer Entscheidungen helfen, vor allem in Zeiten der Veränderung. Jedoch kann das Erinnern auch negative Konsequenzen wie das Grübeln über negative Erfahrungen mit sich bringen oder in Eskapismus münden, wenn sich an die „guten alten Zeiten“ erinnert wird. Diese Prozesse können sich chronifizieren, mit maladaptivem Verhalten und psychischen Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen assoziiert sein (vgl. Westerhof/Bohlmeijer, 2014).

10.6 Entwicklungsmodelle psychischer Erkrankungen im Alter

Eine psychische Erkrankung ist kein voraussagbares, determiniertes Ergebnis eines bestimmten Lebensweges, genauso wenig wie psychische Gesundheit bei einem „besonders gesunden“ Lebensstil garantiert werden kann. Aufgrund der Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und soziokulturellen Variablen sind sowohl psychische Gesundheit als auch Krankheit lediglich als mögliche Ergebnisse eines Lebensweges anzusehen. Stattdessen können verschiedene ätiologische Pfade zu ähnlichen klinischen Syndromen und Symptompräsentationen führen (vgl. Kessler et al., 2014). So können sich bereits in der Kindheit diverse, negativ behaftete Lebensereignisse anhäufen und dazu führen, dass sich im Alter eine depressive

Symptomatik entwickelt. Die Symptome können jedoch auch erstmals im Alter auftreten, z. B. im Kontext sozialer Isolation oder einer körperlichen oder neurologischen Erkrankung (vgl. Kessler/Forstmeier, 2015). In der Theorie der Lebensspanne bezeichnet man dies als Äquifinalität (vgl. Baltes et al., 2006).

10.6.1 Psychische Erkrankungen im Rahmen der pathologischen Alterung des Gehirns

Pathologische Alternsprozesse des menschlichen Gehirns können sowohl direkt als auch indirekt mit der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit assoziiert sein. Ein bekanntes und gut erforschtes Beispiel einer solchen neurodegenerativen Erkrankung im hohen Erwachsenenalter ist die Alzheimerkrankheit. Diese ist charakterisiert durch einen Verlust von Neuronen und Synapsen in der Großhirnrinde und subkortikalen Regionen. Typische Symptome der Alzheimerkrankheit sind der Verlust von Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis, Verwirrtheit, Desorientiertheit, Reizbarkeit und Aggressivität sowie Stimmungsschwankungen und Probleme bei der Sprachfindung. In der Regel manifestiert sich Morbus Alzheimer nicht vor dem 70. Lebensjahr, jedoch gibt es auch hier den frühen Beginn vor dem 65. Lebensjahr (vgl. Wernicke et al., 2000). In der Gruppe der über 70-Jährigen erhöhen sich die Inzidenzraten erheblich. Auch andere neurodegenerative Erkrankungen wie Morbus Parkinson und zerebrovaskuläre Vorfälle wie Schlaganfälle gehen mit einer Zahl an kognitiven, affektiven, motivationalen und verhaltensbezogenen Funktionsstörungen einher (vgl. Kessler/Forstmeier, 2015).

10.6.2 Dysfunktionale psychologische Reaktionen auf den normalen Alternsprozess

Das Wohlbefinden im Alter und die allgemeine Funktionalität können durch einschneidende Lebensereignisse, wie den Verlust eines Partners, stark eingeschränkt werden. Ältere verwitwete Menschen haben ein stark erhöhtes Risiko, an Depressionen und Angststörungen zu erkranken. Im ersten Jahr nach dem Tod des Ehepartners ist die Anzahl der Menschen, die an einer Major Depression erkranken, mehr als verdoppelt (vgl. Onrust/Cuijpers, 2006). Männer, die frühberentet werden, haben ein erhöhtes Risiko, an Depressionen zu erkranken. In der Gruppe der älteren All-

gemeinbevölkerung ist die Berentung jedoch nicht mit Depressivität assoziiert (vgl. Kessler/Forstmeier, 2015).

10.6.3 Persistierende psychopathologische Prozesse früherer Lebensabschnitte

Auch wenn sich psychische Gesundheitsprobleme bereits in der ersten Lebenshälfte manifestieren und sich in klinisch relevanten Beschwerden in Kindheit und Jugend äußern, können diese bis ins hohe Alter hinein persistieren. Dieser Fall wird als psychische Erkrankung mit frühem Beginn (*early onset*) bezeichnet; die Leiden sind meist chronisch (vgl. Brodaty et al., 2001). Eine Unterscheidung zwischen Personen, bei denen die Erkrankung bereits in früheren Lebensphasen auftrat, und Personen, die im Alter erstmals erkranken, ist gängige klinische Praxis. Warum dies relevant ist, zeigt sich u. a. am Beispiel der Depression im Alter: Die Depression mit spätem Beginn (*late onset*), von der man spricht, wenn die Symptome erstmals nach dem 60. Lebensjahr auftreten, und die Depression mit frühem Beginn unterscheiden sich sowohl in Ätiologie als auch in ihren Prognosen (vgl. Brodaty et al., 2001). So gehen depressive Erkrankungen gerade für ältere und hochaltrige Menschen mit schwerwiegenden Konsequenzen einher. Beispiele sind ein allgemein erhöhtes Erkrankungsrisiko, der Rückgang kognitiver, körperlicher und sozialer Funktionalität sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko (vgl. Fiske et al., 2009). Außerdem liegen bei der Depression mit spätem Beginn häufiger Komorbiditäten mit zerebrovaskulären Erkrankungen, psychomotorischer Retardierung und Defiziten in der exekutiven Funktionsfähigkeit vor (vgl. Fiske et al., 2009). Zudem sind neurologische Befunde wie Läsionen der weißen Hirnsubstanz, sogenannte W*hite Matter Hyperintensities,* oder Leukoenzephalopathien bei der Depression mit spätem Beginn deutlich häufiger als bei Depression mit frühem Beginn (vgl. Brodaty et al., 2001).

10.7 Exkurs: Psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen mit Depression und Pflegebedarf

Depressive Erkrankungen sind für ältere Menschen allgemein mit folgenschweren Konsequenzen assoziiert. Als besonders vulnerabel ist die Gruppe hochaltriger, multimorbider Menschen mit Pflegebedarf anzusehen. Epidemiologische Befunde berichten von deutlich erhöhten Depressionsraten bei in Pflegeheimen lebenden

Menschen (vgl. Gutzmann et al., 2017). Verglichen mit der älteren Allgemeinbevölkerung in Deutschland ist die Auftretenswahrscheinlichkeit der Major Depression bei Pflegebedürftigkeit mindestens verdoppelt (vgl. Gloyer et al., 2019).
Als Behandlungsmethode ist Psychotherapie auch bei älteren Menschen hoch wirksam und kann den allgemeinen Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität verbessern (vgl. Cuijpers et al., 2014). Die auf empirischer Evidenz basierende S3-Leitlinie der DGPPN (2015) empfiehlt Psychotherapie für die Behandlung unipolarer depressiver Erkrankungen im Alter. Diese Empfehlung steht insbesondere in der Gruppe der hochaltrigen, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen in starkem Kontrast zur Versorgungsrealität: Ob im Rahmen der deutschen Regelversorgung eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung von älteren, pflegebedürftigen Menschen stattfindet, lässt sich aktuell statistisch nicht erfassen (vgl. Imai et al., 2008; Gutzman et al., 2017). Diese Situation ist besonders prekär, da Depressionen, körperliche Beschwerden und beeinträchtige Lebensqualität in Wechselwirkung zueinander stehen. Gleichzeitig sind Menschen mit Pflegebedarf auch psychosozialen Belastungen ausgesetzt, die wiederum das Risiko erhöhen, an einer Depression zu erkranken (vgl. Kramer et al., 2009). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Depressionen bei Pflegebedarf im Alter zu erkennen und adäquat zu behandeln. Einen Beitrag dazu leistet das Berliner Modellprojekt PSY-CARE. Das seit 2018 laufende, vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte Projekt zielt darauf ab, die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation von älteren Menschen mit Pflegebedarf und Depressionen zu verbessern. Im Rahmen der kontrolliert-randomisierten Studie (RCT) wird den Teilnehmenden entweder ein psychosoziales Beratungsangebot oder eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie, die im Bedarfsfall auch aufsuchend stattfinden kann, zur Verfügung gestellt (https://psy-care.de/). Häufig fehlt es gerade im ambulanten Bereich an passenden, hinreichend barrierefreien Unterstützungsangeboten. An dieser Stelle setzt PSY-CARE an: Gemeinsam mit den behandelnden Haus- und Fachärzten, Pflegekräften und Angehörigen werden die Unterstützungsangebote so niedrigschwellig und an die individuellen Bedürfnisse angepasst gestaltet wie möglich. Neben der psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützung der älteren Menschen arbeitet PSY-CARE auch daran, ein berlinweites Netzwerk aus Ärzten, Kliniken, Pflegekräften und Einrichtungen der Altenhilfe aufzubauen, Versorgungsakteure zu vernetzen

und dadurch die Versorgung dieser sehr vulnerablen Patientengruppe auch in Zukunft zu verbessern.

10.8 Implikationen

Eine Lebensspannenperspektive auf gesunde und pathologische psychische Entwicklungsprozesse ist sowohl im Bereich der Diagnostik psychischer Erkrankungen im Alter als auch bei präventiven Maßnahmen und der Behandlung relevant. Zielführende Diagnostik im Alter sollte die Gesamtheit der Ressourcen, Risiko- und Schutzfaktoren sowie Zielsetzungen der Patienten ebenso berücksichtigen wie aktuelle Defizite (vgl. Kessler/Forstmeier, 2015). Um die Individualität der Patienten im Blick zu behalten und die Ressourcen alternder Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg zu fördern, sollten sich Präventionsmaßnahmen und Interventionen an Modellen der Entwicklungsregulation orientieren. Weiterhin sollte berücksichtigt werden, dass ein normativer Rückgang körperlicher Ressourcen sowie eingeschränkte Funktionalität und Mobilität spezifische präventive und therapeutische Versorgungsangebote für ältere Menschen erfordern können. Im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgungssituation für ältere Patienten mit psychischen Erkrankungen sollte eine dringende Verbesserung in die Wege geleitet werden.

Literatur

Baltes, P. B./Baltes, M. M. (Hrsg.) (1990). *Successful aging*. New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B./Lindenberger, U./Staudinger, U. M. (2006). *Life span theory in developmental psychology*. In: Damon, W./Lerner, R. M. (Hrsg.): Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development. 6. Auflage, New York: Wiley, S. 569–664.

Brandtstädter, J./Lindenberger, U. (Hrsg.) (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 9–16.

Brandtstädter, J./Rothermund, K. (2002). *The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework*. Developmental Review, (22), S. 117–150.

Brodaty, H./Luscombe, G./Parker, G./Wilhelm, K. et al. (2001). *Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology*. Journal Of Affective Disorders, 66 (2–3), S. 225–236, doi: 10.1016/s0165-0327(00)00317-7.

Busch, M./Maske, U./Ryl, L./Schlack, R. et al. (2013). *Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland.* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56 (5–6), S. 733–739, doi: 10.1007/s00103-013-1688-3.

Charles, S. T./Carstensen, L. L. (2010). *Social and emotional aging.* Annual Review of Psychology, (61), S. 383–409.
Conejero, I./Olié, E./Courtet, P./Calati, R. (2018). *Suicide in older adults: current perspectives*. Clinical Interventions In Aging, (13), S. 691–699, doi: 10.2147/cia.s130670.
Cuijpers, P./Koole, S. L./van Dijke, A./Roca, M. et al. (2014). *Psychotherapy for subclinical depression: Meta-analysis.* The British Journal of Psychiatry, 205 (4), S. 268–274, doi:10.1192/bjp.bp.113.138784.
DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung*. 2. Auflage, Version 5. www.leitlinien.de/nvl/depression (23.10.2019).
Diener, E./Suh, M. E. (1998). *Subjective well-being and age: An international analysis*. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, (17), S. 304–324.
Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. New York: Norton.
Fiske, A./Wetherell, J./Gatz, M. (2009). *Depression in Older Adults.* Annual Review Of Clinical Psychology, 5 (1), S. 363–389, doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.
Gloyer, S./Göhler, J./Morgenstern, U./Ketelhut, K. et al. (2019). *Wann Sie bei geriatrischen Patienten an eine Depression denken sollten*. GeriatrieReport, 14 (2), S. 38–48, doi: 10.1007/s42090-019-0178-7.
Gutzmann, H./Schäufele, M./Kessler, E.-M./Rapp, M. (2017). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen*. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Gres, S./ Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 2017. Stuttgart: Schattauer, S. 107–118.
Imai, T./Telger, K./Wolter, D./Heuft, G. (2008). *Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie*. Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie, 41 (6), S. 486–496, doi: 10.1007/s00391-008-0505-3.
Jorm, A. F. (2000). *Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span*. Psychological Medicine, 30 (1), S. 11–22.
Kessler, E. M./Bowen, C. E. (2015). *Images of aging in the psychotherapeutic context: A conceptual review*. GeroPsych – The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, 28 (2), S. 47–55, doi: 10.1024/1662-9647/a000129.
Kessler, E./Forstmeier, S. (2015). *Life Span Developmental Psychopathology*. Encyclopedia Of Geropsychology, (1–10), doi: 10.1007/978-981-287-080-3_124-1.
Kessler, E.-M./Bowen, C. E. (2016). *Resilience*. In: Krauss Whitbourne, S./Simonton, D. (Hrsg.): The encyclopedia of adulthood and aging. New York: Wiley.
Kessler, E.-M./Kruse, A./Wahl, H. W. (2014). *Clinical geropsychology: A life span perspective*. In: Pachana, N. A./Laidlaw, K. (Hrsg.): The Oxford handbook of clinical geropsychology. Oxford, UK: Oxford University Press.
Kessler, E.-M./Staudinger, U. M. (2010). *Emotional resilience and beyond: A synthesis of findings from lifespan psychology and psychopathology*. In: Frey, P. S./Keyes, C. L. M. (Hrsg.): New frontiers of resilient aging. Cambridge: Cambridge University Press, S. 258–282.
Kramer, D./Allgaier, A.-K./Fejtkova, S./Mergl, R. et al. (2009). *Depression in nursing homes: Prevalence, recognition, and treatment*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 39 (4), S. 345–358, doi:10.2190/PM.39.4.a.
MacLeod, S./Musich, S./Hawkins, K./Alsgaard, K. et al. (2016). *The Impact of Resilience among Older Adults.* The American Journal Of Geriatric Psychiatry, 24 (3), S. 157, doi: 10.1016/j.jagp.2016.02.029.

Onrust, S. A./Cuijpers, P. (2006). *Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review*. Aging and Mental Health, (10), S. 327–334.

Pasupathi, M./Weeks, T./Rice, C. (2006). *Reflecting on life: Remembering as a major process in adult development*. Journal of Language and Social Psychology, (25), S. 244–263.

Röcke, C./Brose, A. (2013*). Intraindividual variability and stability of affect and well-being: Short-term and long-term change and stabilization processes*. The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, (26), S. 185–199.

Shah, A./Bhat, R./Zarate-Escudero, S./DeLeo, D./ Erlangsen, A. (2015). *Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape*. Aging & Mental Health, 20 (2), S. 131–138, doi: 10.1080/13607863.2015.1055552.

Statistisches Bundesamt (2016). *Ältere Menschen in Deutschland und in der EU*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, S. 10–15.

Staudinger, U. M./Marsiske, M./Baltes, P. B. (1995). *Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span*. In: Cicchetti, D./Cohen, D. (Hrsg.): Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder and adaptation. New York, NY: John Wiley & Sons, S. 801–847.

Wernicke, T. F./Linden, M./Gilberg, R./Helmchen, H. (2000). *Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old – Results from the Berlin Aging Study (BASE)*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, (250), S. 111–119.

Westerhof, G. J./Bohlmeijer, E. (2014). *Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions*. Journal of Aging Studies, (29), S. 107–114.

WHO – World Health Organization (2018). *Mental health atlas 2017.* Geneva: World Health Organization.

Wurm, S./Warner, L. M./Ziegelmann, J. P./Wolff, J. K. et al. (2013). *How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?* Psychology and Aging, 28 (4), S. 1088–1097, doi: 10.1037/a0032845.

III
Themenbezogene Interventionen

11 Selbstwertschätzung: eine Voraussetzung für Resilienz und psychische Gesundheit

Konzepte, Befunde, Perspektiven

ANDREAS HILLERT; DIRK LEHR

Das Modell der beruflichen Gratifikation bzw. Gratifikationskrise integriert situative und individuelle Faktoren: Aufgaben und Verausgabungsbereitschaft stehen materieller/nicht materieller Entlohnung und Selbstwertschätzung gegenüber. Überwiegt in der subjektiven Bilanz die Belastungsseite, spricht man von einer Gratifikationskrise. Diese wiederum bedeutet chronischen Stress und geht mit entsprechenden psychischen und körperlichen Risiken einher. Im Sinne des Modells kann eine tragfähige Selbstwertschätzung gegenüber fehlender bzw. unzureichender äußerer Wertschätzung „immunisieren". Zudem ist sie die Voraussetzung dafür, von außen erfolgende Wertschätzung annehmen und in sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz angemessen reagieren und kommunizieren zu können. Ausgehend von empirischen, bei gesunden und psychosomatisch erkrankten Lehrkräften erhobenen Daten, werden im folgenden Beitrag Strategien einer – bezogen auf die Gesundheit – tragfähigen Selbstwertschätzung und hierauf basierende Präventionsstrategien vorgestellt. Selbstwertschätzung kann langfristig nur dann gesundheitsfördernd sein, wenn die Inhalte, auf die sich die Selbstwertschätzung fokussiert, gemessen an den im jeweiligen sozialen bzw. beruflichen Kontext immanenten Maßstäben, stimmig sind. Dies wird mit Blick u. a. auf unterschiedliche Generationen- und Werte-Muster diskutiert.

11.1 Psychische Gesundheit, Individuum und postmoderne (Arbeits-)Welt

Wie in den einleitenden Kapiteln dieses Buchs bereits dargelegt, war psychische Gesundheit noch nie eine Selbstverständlichkeit. Sie ist ein komplexes und dynamisches Phänomen, das sich aus dem Abgleich sozialer Normen, soziokultureller Rahmenbedingungen sowie individueller Konstitution und Sozialisation jeweils angesichts umschriebener Situationen ergibt. Was in traditionellen Gesellschaften und entsprechenden Arbeitsbedingungen – im Sinne einer Passung bzw. Nichtpassung von Person und Situation – noch zumindest annäherungsweise vorausgesetzt bzw.

vorausgesagt werden konnte, wurde und wird in der postmodernen Arbeits- und Lebenswelt angesichts abnehmender Sicherheiten und offener historischer Perspektiven bzw. Werte-Perspektiven („rasender Stillstand“, vgl. Rosa, 2005, S. 460 ff.) zu einem zunehmend von individuellen Komponenten geprägten Phänomen. Angesichts dessen haben entwickelte und evaluierte Modelle des 20. Jahrhunderts, mit denen versucht wurde, Zusammenhänge zwischen beruflicher Belastung und psychischer Befindlichkeit im Sinne psychologischer Gesetzmäßigkeiten zu erfassen – zumeist ausgehend vom Stress-Paradigma (zusammenfassend vgl. z. B. Koch et al., 2015) –, an Relevanz verloren. Einerseits bleibt die Passung zwischen Anforderungen und Fähigkeiten, im Sinne etwa des Job-Demand-Control-Modells (vgl. Karasek/Theorell, 1990), ein relevanter Faktor. Andererseits entwickelt und propagiert die postmoderne Arbeitswelt zunehmend Arbeitskonstellationen, in denen der einzelne Mitarbeiter seine Arbeitswelt interaktiv mitgestaltet. Derzeit am fortschrittlichsten – sofern es angesichts eines „rasenden Stillstands“ Fortschritt geben kann – sind sogenannte agil-Konzepte bzw. das agile Projektmanagement. Teams, bestehend aus hierarchisch gleichrangigen Kollegen mit unterschiedlichen Qualifikationen, arbeiten selbstorganisiert und eigenverantwortlich. Statt definierte Arbeitsaufträge auszuführen, gilt es, kreative Prozesse entsprechend der Projektidee zu gestalten, in denen (Zwischen-)Ergebnisse engmaschig mit den Kundeninteressen abgeglichen und Strategien und Projektschritte ggf. flexibel adaptiert werden. In schnelllebigen Zeiten, in denen Zielvorgaben sich mitunter schneller überleben, als die zu deren Erreichung nötigen Projekte dauern, bieten sich entsprechende Modelle an. Was in der Start-up-Szene oft gut funktioniert, führt in traditionelle Modelle und Hierarchien perpetuierenden, sich an agilem Projektmanagement versuchenden Firmen mitunter zu mitarbeiterüberfordernden Tragödien (vgl. u. a. Häusling et al., 2019). Viele der bislang von Mitarbeitern als potenziell belastend erlebten systemischen Konstellationen werden sich absehbar relativieren. In Arbeitsteams wird es zukünftig immer weniger formale Vorgesetzte geben und damit niemanden, der die Verantwortung dafür trägt, dass Mitarbeitern „gesunde Führung“ und ein wertschätzender Umgang zuteilwerden. In Teams gleichberechtigter Individuen ist auch jeder gleich verpflichtet – sowohl in Bezug auf das Arbeitsergebnis als auch auf die Aufrechterhaltung seiner (psychischen) Gesundheit. Eine agile Arbeitsorganisation mag derzeit insbesondere in größeren, etablierten Firmen und Behörden noch die Ausnahme sein; zudem wird es – aus heutiger Perspektive – weiterhin Bereiche geben, die „klassisch“ organisiert

sind, also mit Zielvorgaben und einer hierarchischen Führung arbeiten (u. a. bei ausführenden Tätigkeiten in der Produktion). Gleichwohl dürften die hier skizzierten neuen Konzepte die Perspektive umschreiben, auf die zunehmend größere Teile der Arbeitswelt hin entwickelt werden. Angesichts der damit für den einzelnen Mitarbeiter verbundenen Möglichkeiten und Belastungen stellt sich die Frage, wie psychische Gesundheit in entsprechenden Konstellationen prädiktiv gefördert werden kann. Das Modell der (beruflichen) Gratifikationskrise, das vor dem Hintergrund einer sich kategorisch verändernden Arbeitswelt zu einem zentralen und einflussreichen Rahmenkonzept wurde, zeigt diesbezüglich gute Ansatzmöglichkeiten auf.

11.2 Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise

Johannes Siegrist und seine Mitarbeiter erkannten in den 1980er-Jahren, dass traditionelle Modelle zur Darstellung gesundheitlicher Belastungen im Arbeitskontext – etwa die systematische Erfassung belastender und deren Abgleich mit gesunderhaltenden Faktoren – nur bedingt tragfähig sind (Siegrist, 2002). Im davon ausgehend von ihnen entwickelten Modell der beruflichen Gratifikation bzw. Gratifikationskrise, die mit einem eigens entwickelten Instrument erhoben wird (zum Effort-Reward-Imbalance-Questionnaire/ERI vgl. Rödel et al., 2004), stehen die Wahrnehmung und subjektive Bewertung des Individuums im Mittelpunkt. Anhand einer Waage werden eben diese veranschaulicht. Auf der einen Seite der Waage stehen die vom Individuum zu erbringenden Leistungen bzw. Verausgabungen, auf der anderen Seite die dafür erhaltenen Gratifikationen. Wenn die (erlebten) Belastungen überwiegen, ist die Rede von einer Gratifikationskrise:

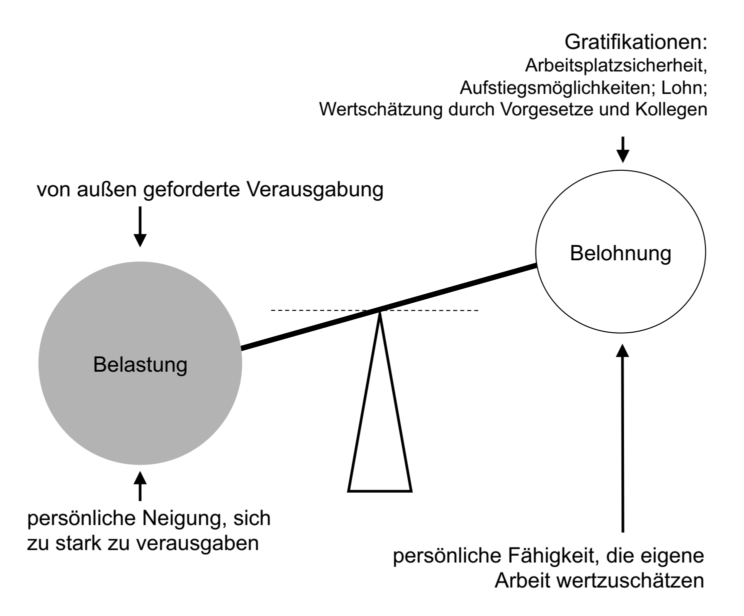


Abb. 11.1: Modell der beruflichen Gratifikationskrise (vgl. Siegrist, 2015)

Dahinter steht – neben dem aus der Physik entlehnten Bild des energetischen Ausgleichs – der zumindest seit der Moderne in Europa etablierte Anspruch des Individuums auf Gerechtigkeit. Leistung und Gegenleistung sollten im Gleichgewicht stehen, was Gouldner als Anspruch auf soziale Reziprozität beschreibt (vgl. Gouldner, 1960, S. 161). Die in vielen, teils langjährig angelegten Evaluationsstudien aufgezeigte Relevanz des Gratifikationsmodells besteht darin, dass ein subjektiv erlebtes Gratifikationsungleichgewicht („*Ich bringe mehr in den Job ein, als ich heraus bekomme*") als ein chronischer Stressfaktor fungiert, der im Sinne eines Risikofaktors die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten körperlicher – z. B. in Form von Hypertonus – und psychischer Erkrankungen bzw. Störungen erhöht (vgl. Siegrist, 2002; Siegrist, 2015, S. 17 ff.). So zeigte sich in einer prospektiven Kohortenstudie mit 84.963 Berufstätigen, dass eine als Gratifikationskrise erlebte Konstellation in der Arbeit mit einem 1,5-fach erhöhten Depressionsrisiko einhergeht (vgl. Rugulies et al., 2017). Vor dem Hintergrund, dass depressive Störungen im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern zum stärksten Verlust von Lebensjahren aufgrund von Behinderung und/oder vorzeitigem Tod führen (vgl. Wittchen et al., 2011) sowie hohe direkte und indirekte

Krankheitskosten mit sich bringen (vgl. Andlin-Sobocki et al., 2014), kommt diesen Befunden hohe gesellschaftliche Relevanz zu.

Die Belastungsseite der Waage (vgl. Abb. 12.1) hält ihr Gewicht durch objektive Aspekte (Arbeitsvertrag, Vorgaben etc.), aber auch durch subjektive Faktoren (z. B. Verausgabungsbereitschaft). Je komplexer eine Tätigkeit ist, umso weniger lassen sich die zu erbringenden Leistungen durch Arbeitsverträge und feste Vorgaben definieren. Zwangsläufig fließen hier individuelle Deutungen, Ansprüche und Ziele ein, was in der Pädagogik als „Redefinition des Arbeitsauftrags“ diskutiert wird. Wie gut bzw. leistungsstark muss/will ich – insbesondere im Vergleich zu Kollegen – sein? Im Rahmen des Gratifikationsmodells wurde dieser Aspekt als „Overcommitment“ operationalisiert (vgl. Siegrist, 2002). In einer Metaanalyse über 51 Studien fanden sich relevante negative Zusammenhänge zwischen überhöhter Verausgabungsbereitschaft der Mitarbeiter und gesundheitlichen Parametern (vgl. Siegrist/Li, 2016).

Eine vergleichbare Interaktion objektiver bzw. systemischer und subjektiver Aspekte charakterisiert auch die Belohnungsseite der Waage. Lohn und Arbeitsplatzsicherheit sind messbare, quasi mathematische Größen. Aber schon der von Siegrist als extern bzw. systemisch bewertete Aspekt einer quasi von außen zu erfolgenden Wertschätzung des Mitarbeiters entzieht sich bei näherer Betrachtung einer eindeutigen Zuordnung. Einerseits ist die von Vorgesetzten, Kollegen und Kunden bzw. Klienten kommunizierte Wertschätzung ein wichtiges Zeichen für Anerkennung und soziale Zugehörigkeit. Entsprechend kann und sollte dies eine wichtige Quelle des Selbstwerts sein (vgl. Leary/Baumeister, 2000). Andererseits hängt Letzteres offenkundig in hohem Maße von der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung ab: *„Wird meine Tätigkeit von meinem Vorgesetzten angemessen wertgeschätzt?“* Die Antworten auf entsprechende Items in Fragebögen lassen sich unschwer statistisch aufbereiten. De facto bilden sie aber nicht die „objektiv geleistete“ Wertschätzung ab, sondern spiegeln ein komplexes interaktives Phänomen wider, in dem äußere bzw. systemische – z. B. das tatsächliche Verhalten des Vorgesetzten – und individuelle Aspekte – etwa wenn lobende Worte des Vorgesetzten als *„Das meint er gar nicht so“* interpretiert und damit nicht als wertschätzend, sondern z. B. als manipulativ erlebt werden – interagieren:

- Wie reagiere ich auf wertschätzendes Verhalten meines Vorgesetzten bzw. auf das von Kollegen, Klienten und Kunden?

- Welche Art und Intensität von Wertschätzung erlebe ich – mit welchem u. a. biografischen Hintergrund – als angemessen, z. B. *„Ein guter Chef hat die Verpflichtung, mich für meine Leistung für alle Kollegen hörbar zu loben“* oder *„Nicht geschimpft ist genug gelobt“*?
- Motiviere ich meinerseits durch mein Verhalten meine Vorgesetzten und Kollegen, sich mir gegenüber offen und wertschätzend zu äußern oder impliziert mein – z. B. misstrauisches, distanziertes bis feindliches – Verhalten eine Konstellation, die das Äußern von Wertschätzung mir gegenüber unwahrscheinlicher macht?

11.3 Selbstwertschätzung: ein uraltes, sehr aktuelles Konzept

Immanent subjektive Aspekte charakterisieren schließlich den vierten das Gratifikationsgleichgewicht beeinflussenden Faktor: die Selbstwertschätzung. Im Idealfall ist diese so tragfähig, dass sie ein Gratifikationsgleichgewicht auch dann herstellen bzw. aufrechterhalten kann, wenn äußere Wertschätzung z. B. durch Vorgesetzte und andere Gratifikationsmerkmale als mangelhaft erlebt wird; z. B.: *„Wenn meine Schüler/Patienten/Klienten meine Arbeit gut finden und wertschätzen, dann weiß ich, was ich wert bin und es ist mir letztlich egal, ob meine Schulleiterin es auch so sieht und mich lobt“* (Realschullehrerin, 46 Jahre). Dass die Fähigkeit, eigene Leistungen als solche wahrzunehmen und positiv zu bewerten, eine Voraussetzung für ein glückliches Leben respektive hohe Lebensqualität ist, ist keineswegs eine neue Erkenntnis. Sie lässt sich der Kardinaltugend „verständig“ (griech. *sóphron*) bzw. „Weisheit“ (lat. *sapientia*) oder „Klugheit“ (lat. *prudentia*) und auch der konfuzianischen Kardinaltugend „Menschlichkeit“ zurechnen. Aktuelle Studien zeigen, dass ein geringer Selbstwert mit einer Vielzahl von psychischen Störungen, wie Depressionen, Ängsten und Zwängen, und mit ungünstigem Gesundheitsverhalten, beispielsweise hohem Alkohol- und/oder Drogenkonsum, assoziiert ist (vgl. Jacob/Potreck-Rose, 2004). Es gibt zumindest Hinweise darauf, dass ein niedriger Selbstwert ein Risikofaktor für depressive Konstellationen ist – und nicht per se Folge einer depressiven Störung (vgl. Sowislo/Orth, 2012). Gleichzeitig ist ein niedriger Selbstwert ein diagnostisches Kriterium depressiver Störungen (vgl. Dilling et al., 2015, S. 106 ff.). Wissenschaftliche Annäherungen an das Thema Selbstwertschätzung finden sich u. a. in den The-

orien zur Selbstregulation. Hier werden u. a. selbstbelohnende Verhaltensweisen erfasst, um sie dann im Rahmen von Interventionen auszubauen, z. B. durch bewusstes Einlegen von Erholungspausen oder das Praktizieren erholsamer Aktivitäten. Durch Strategien, die das bewusste Erleben von Zufriedenheit mit eigenen Leistungen fördern, soll letztlich das eigene Kompetenzerleben gestärkt und u. a. die Wahrscheinlichkeit depressiver Beschwerden reduziert werden (vgl. Bandura, 1991; Kanfer et al., 2012).

Dabei wurde und wird implizit davon ausgegangen, dass jeder Kandidat hinreichend selbstwertschätzungswürdig handelt. Die Frage, welche Maßstäbe hier vom Individuum angelegt werden sollen, ist gleichwohl alles andere als trivial. In traditionellen vormodernen Gesellschaften war das, was ein Individuum abhängig von seiner sozialen Position und seinem Geschlecht zu leisten hat und was ihm dafür an Gratifikation zusteht, systemimmanent definiert. Entsprechende Parameter wurden im Rahmen der individuellen Sozialisation erlernt und waren – zumindest im Idealfall – nicht zu hinterfragen (z. B. *„Gib dem Kaiser, was des Kaisers ist"*, *„Wir sind immer den unteren Weg gegangen und danken Gott für seine Gnade"*). In der modernen und postmodernen Leistungsgesellschaft, die notorisch tradierte Werte und nicht rational begründete Paradigmen hinterfragt, werden aus Wertschätzungserwartung und Selbstwertschätzung letztlich individuelle Faktoren, die idealerweise durch einen Abgleich von subjektiven Erwartungen und eigener Performance von jedem immer wieder neu auf den Prüfstand zu stellen sind. Das Spektrum ist weit und reicht von *„Bescheidenheit: eine neue Tugend"* bis zum *„Bogner Mann: Höchste Ansprüche sind für ihn selbstverständlich"*.

11.3.1 Strategien der Selbstwertschätzung: eine wissenschaftliche Annäherung

Im Rahmen eines Projekts und mehrerer Studien (vgl. Lehr/Hillert, 2018) zum Thema wurde versucht, das Phänomen Selbstwertschätzung näher zu charakterisieren. Lehrkräfte boten sich als Studiengruppe an, auch weil es in sozial-interaktiven Berufen schwer ist, objektive Kriterien und Maßstäbe für individuelle Leistung zu definieren. Sigmund Freud sprach von „unmöglichen Berufen", also von Tätigkeiten, die de facto unendlich sind (*„Wann hat ein Lehrer je genug getan?"*). Zunächst wurden elf qualitative Interviews zur Frage *„Wie gehen Sie mit positiven Erlebnissen im*

Beruf um?“ durchgeführt. Ausgehend von den Antworten der Befragten wurden 14 Items formuliert und diese durch Fragen zur „Selbstbelohnung“ eines im Rahmen weiterer Forschungen untersuchten Instruments zum Selbstmanagement ergänzt (vgl. z. B. Gresens, 2007). In einer ersten Studie an 321 Lehrkräften wurden diese Items faktorenanalytisch untersucht (vgl. Lehr et al., 2008), wobei sechs Faktoren unterschieden werden konnten:

- verhaltensorientierte Selbstwertschätzung: *„Für eine gelungene Arbeit gönne ich mir etwas als Belohnung, z. B. gehe ich gut essen.“*
- kognitionsorientierte Selbstwertschätzung: *„Wenn ich gute Arbeit geleistet habe, lobe ich mich selber bzw. klopfe mir auf die Schulter.“*
- emotionsorientierte Selbstwertschätzung: *„Wenn mir etwas gut gelungen ist, empfinde ich tiefe Zufriedenheit!“*
- kommunikationsorientierte Selbstwertschätzung: *„Wenn etwas in meiner Arbeit gut gelaufen ist, erzähle ich anderen freudig davon!“*
- sozial-internal attribuierte Selbstwertschätzung: *„Wenn meine Patienten Fortschritte machen, dann ist das auch mein Erfolg!“*
- auf interne Standards fokussierte Selbstwertschätzung: *„Mit fällt es leicht, meine Arbeit wertzuschätzen, auch ohne Anerkennung Dritter.“*

Darauf aufbauend wurde ein Fragebogen erstellt, in dem jeder Faktor durch die beiden Items mit den höchsten Ladungen repräsentiert ist. Dieser fand in den folgenden Untersuchungen Anwendung. Die psychometrischen Eigenschaften dieses Instruments wurden in einer Studie an 294 Lehrkräften untersucht, darunter 56 manifest depressiv Erkrankte, die sich derzeit in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden. Zudem wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich aus der individuellen Selbstwertschätzungskonstellation depressive Beschwerden vorhersagen lassen. In mehreren schrittweise durchgeführten Regressionsanalysen zeigte sich, dass unter Berücksichtigung der beruflichen Selbstwertschätzung depressive Symptome signifikant besser vorhergesagt werden konnten, als wenn nur die Faktoren Geschlecht, Alter, Stundendeputat sowie andere, nicht den Aspekt der Selbstwertschätzung abbildende, Parameter des Gratifikationsmodells berücksichtigt würden. Einerseits bestätigten sich der Quotient von extern geforderter Verausgabung und externer Gratifikation sowie der übersteigerte Verausgabungsfaktor als Risikofaktor

einer depressiven Störung; andererseits erwies sich eine tragfähige berufliche Selbstwertschätzung als Schutzfaktor vor eben dieser (vgl. Lehr/Hillert, 2018).

11.3.2 Selbstwertschätzungstraining

Die referierten Studien bestätigen die Bedeutung der Selbstwertschätzung für den Erhalt psychischer Gesundheit in einem „stressigen" Beruf. Schon deshalb sind sie – entsprechend der Häufigkeit und Relevanz depressiver Störungen (vgl. Kap. 12.3) – für betroffene Individuen sowie für die Gesellschaft von grundsätzlichem Interesse. Konzeptuell imponiert Selbstwertschätzung dabei als ein salutogenetischer Parameter, der dazu führt, dass das Individuum beruflichen Erfolg mit gesundheitsfördernder Wirkung internalisiert. „Resilienz" ist ein komplexes Phänomen. Im Sinne einer – von mehreren – aktuell diskutierten Definition (vgl. Gruhl, 2014) konstelliert sich Resilienz aus drei Faktoren: Flexibilität, Dynamik und Resistenz. Angesichts dessen ließe sich die mit „professioneller" Selbstwertkompetenz einhergehende Selbstwertfestigung als ein die Resistenz erhöhender Faktor definieren. Mit dem neu entwickelten Instrument lässt sich Selbstwertschätzung optimal messen.

Das Set der sechs Faktoren der Selbstwertschätzung ist zudem grundsätzlich präventiv und therapeutisch einsetzbar: Menschen, deren Selbstwertschätzungsstrategien – im Sinne der Faktoren – breit aufgestellt und im Verhaltensrepertoire stabil verankert sind, sind im Umgang mit beruflichen Stressoren absehbar kompetenter (und professioneller) – und damit perspektivisch gesehen körperlich und psychisch gesünder als Menschen, die über weniger und/oder weniger fest etablierte Strategien verfügen bzw. ggf. sogar gegenteilige, selbstabwertende Muster praktizieren.

11.3.3 Selbstwertschätzungstraining: Präventive und therapeutische Ansätze

Die Frage, wer die Verantwortung dafür trägt, wenn Mitarbeiter überlastet sind und „ausbrennen", schlägt nicht zuletzt in der politischen Diskussion hohe Wellen. Unter anderem aus Sicht der Gewerkschaften muss einerseits selbstverständlich der Arbeitgeber dafür sorgen, dass Mitarbeiter die jeweilige Tätigkeit ohne potenziell gesundheitsschädlichen Stress ausüben können. Andererseits lassen sich auf körperliche Unversehrtheit abzielende Maßnahmen (Arbeitssicherheit) – zumal angesichts der komplexen „entgrenzten" Tätigkeitsprofile der postmodernen Arbeitswelt (u. a. an

Heimarbeitsplätzen) und der immanent interaktiven Qualität von Arbeitsstress – nur bedingt auf psychosoziale Aspekte übertragen. Dass eine Prävention von psychosozialem Stress bzw. psychischer Überlastung nur dann funktionieren kann, wenn alle Beteiligten Verantwortung übernehmen, wird exemplarisch am Beispiel der Wertschätzungsthematik deutlich.

Verhältnisprävention

Es ist zu hoffen, dass sich die postmoderne Arbeitswelt zunehmend in Richtung einer wertschätzenden Kultur hin entwickelt. Entsprechende Ansätze sind ubiquitär zu finden und nicht zuletzt dadurch motiviert, dass insbesondere aufgrund des Umstands, dass die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer-Generation in den Ruhestand gehen, in vielen qualifizierten Tätigkeiten manifester Arbeitskräftemangel besteht. Mutmaßlich nicht zuletzt deshalb wurde „gesunde Führung“ zu einem Leitmotiv aktueller Firmenkultur, wobei entsprechende Schulungen in vielen Bereichen bereits zum Ausbildungsstandard von Führungskräften gehören (vgl. Purbs et al., 2018). Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, wobei gleichzeitig die Fragilität entsprechender Konstellationen nicht übersehen werden darf. Sobald eine Firma wirtschaftlich in eine Krise gerät, liegen mit Druckszenarien arbeitende Führungsstrategien absehbar weiterhin nahe – insbesondere bei gewissermaßen traditionell sozialisierten Managern (vgl. Bach, 2013). Außerdem lösen sich im Kontext postmoderner Konzepte des Projektmanagements (vgl. Kap. 12.1) tradierte Konstellationen aus Vorgesetztem und Untergebenem – zumindest perspektivisch – auf, womit die Selbstwertschätzungskompetenz zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Verhaltensprävention

Angesichts der interaktiven Qualität der Wertschätzungsthematik wurde jedoch deutlich, dass selbst eine im Rahmen der Verhältnisprävention installierte optimale „Lobkultur“ kein Wertschätzungserleben der Mitarbeiter garantiert. Die Frage, wie sozialkompetent Individuen mit dem Lob der Vorgesetzten umgehen und wie deren Strategien der Selbstwertschätzung aussehen, wird letztlich darüber entscheiden, wie resilient bzw. gesund die Individuen trotz Stress und der sonstigen postmodernen Dynamik bleiben. Inhaltlich-dynamisch sind Selbstwertschätzung und die Fähigkeit, extern an ein Individuum herangetragene Wertschätzung als solche wahrzunehmen und annehmen zu können, vielschichtig aufeinander bezogen: Um Wertschätzung

annehmen zu können, muss diese eine Resonanz in der Selbstwertschätzung finden bzw. in Selbstwertschätzung übersetzt und damit emotional-positiv erlebbar werden. Entsprechend liegt es nahe, Selbstwertschätzungsfertigkeiten als eine Facette der Professionalität im Umgang mit (beruflichen) Belastungen zu konzeptualisieren, zu erfassen und zu reflektieren, um sie – soweit nicht hinreichend vorhanden – erlernen bzw. trainieren zu können.

Strategien der Selbstwertschätzung werden u. a. in Selbsthilfebüchern (beispielsweise bei Koch et al., 2015) und in Trainings- bzw. Therapiemanualen (vgl. z. B. Hillert et al., 2016) thematisiert. Dabei wird jeweils von einer individuellen Bestandsaufnahme ausgegangen („*Wie schätze ich mich selbst wert?*“), wobei das jeweilige Ergebnis dann mit dem Set der Selbstwertschätzungsfaktoren abgeglichen wird.

Selbstwertschätzung hat eine immanent emotionale Komponente. Insbesondere ältere Personen unseres Kulturkreises wurden in einem Kontext sozialisiert, in dem das Sprichwort „*Eigenlob stinkt*“ im- und explizit als Wertmaßstab vermittelt wurde. Entsprechend schwer fällt es diesen Menschen, aktiv Selbstwertschätzungsstrategien zu praktizieren. Zudem wird in Arbeitskontexten nicht selten Wertschätzung instrumentalisiert und manipulativ eingesetzt, etwa: „*Sie haben die Aufgabe wirklich sehr gut erledigt. Gratulation! … Hier habe ich noch eine ähnliche Aufgabe für Sie, die bis morgen Vormittag abgeschlossen sein sollte.*“ Die in Führungstrainings vermittelten Strategien einer „Wertschätzungskultur“ bewegen sich nicht selten in eben diesem Bereich. Entsprechende Konstellationen – insbesondere dann, wenn sie häufig erlebt werden – führen bei den auf diese Weise „gewertschätzten“ Personen mitunter dazu, dass sie die Wertschätzung „überhören“ bzw. sie als ausschließlich rhetorisch erleben. Der als manipulativ erlebte Aspekt stimuliert aversive Gefühle. Ob die neue Aufgabe dann übernommen wird, hängt von den formellen wie informellen – durch „wertschätzende“ Führung dieser Art dekorativ umspielten – Machtverhältnissen ab.

Im Rahmen der Einführung in die Wertschätzungsthematik sollten auch die hier skizzierten gesellschafts- und arbeitsweltimmanenten Aspekte eingehend berücksichtigt werden. Vor eben diesem Rahmen können dann die eigenen Prägungen und Muster sowie persönlichen Erfahrungen mit dem Thema eingehend und differenziert reflektiert werden. Neben dem kognitiven Aspekt gibt es im Einzel- und Gruppensetting durchführbare Übungen, mit denen die emotionalen Qualitäten der Wertschätzungsthematik aufgezeigt und ein gesundheitsfördernder Umgang trainiert werden

kann. Prägnant sind diesbezüglich die folgenden „Lobübungen“ (vgl. Hillert et al., 2016, S. 183 ff.).

Lob-Übung I: Mein Umgang mit spontanem Lob bzw. die Tennis-Rückhand-Übung

Nach einem Brainstorming zu der im Berufsalltag erlebten Wertschätzungs- und Lobsituationen wird der Teilnehmer vom Gruppenleiter bzw. Therapeuten dezidiert gelobt. Die Übung besteht darin, dieses Lob – entsprechend zuvor explorierten inneren Impulsen – „zurückzuschmettern“, etwa:

- *„Das haben Sie gut gemacht.“ – „Das war doch selbstverständlich.“*
- *„Ihre Jacke ist wirklich schön.“ – „Die war ganz billig.“*
- *„Das Problem haben Sie super gelöst.“ – „Das war nicht schwer, das hätte jeder gekonnt.“*
- *„Großartig! Auf die Idee wäre ich nicht gekommen.“ – „Wenn Sie sich bei mir eineinschleimen wollen, müssen Sie es intelligenter machen!“*

Anschließend werden die bei der Übung aufgetretenen Gefühle – einschließlich der Konsequenzen für die Selbstwertschätzung – besprochen.

Lob-Übung II: Lob-Gasse

In der „Lob-Gasse“ stehen sich die Gruppenteilnehmer, die sich zuvor eingehend kennengelernt haben sollten, gegenüber. Der Protagonist wendet sich dann jeweils einem Teilnehmer zu, indem er sich vor diese Person stellt. Diese gibt dann ein kurzes, möglichst persönliches Lob. Die gelobte Person darf dies nur mit *„Danke, das freut mich“* kommentieren. Nach einem Moment des Innehaltens, um den aktuellen Gedanken und Gefühlen nachzuspüren, wendet sie sich einer anderen Person zu. Die Teilnehmer nehmen dabei nacheinander die Rolle des Protagonisten ein. Entscheidend ist, die Übung mit hinreichender Ruhe durchzuführen. Die Teilnehmer sollten Zeit haben, sich das empfangene Lob „auf der Zunge zergehen zu lassen“ respektive die die Lobannahme begleitenden, angenehmen und unangenehmen Gefühle bewusst wahrzunehmen und ggf. fest- bzw. auszuhalten.

Wenn alle Teilnehmer entsprechende Erfahrungen sammeln konnten, werden die individuellen Reaktionen, Gedanken und Gefühle reflektiert: Wie fühle ich mich, wenn ich gelobt werde? Was macht sich neben Freude und Stolz auf der Gefühls-

ebene noch bemerkbar? Welche Hintergründe bzw. Erfahrungen stehen möglicherweise dahinter? Was hält mich mitunter davon ab, ein Lob anzunehmen? Welche Strategien bräuchte ich, um aus einer gefühlten „Wertschätzungswüste" in eine diesbezüglich angenehme, blühende Umgebung zu kommen?

Lob-Übung III: Selbstwertschätzung mit dem Wertschätzungstagebuch im Alltag bilanzieren und gezielt trainieren

Nach einer eingehenden Auseinandersetzung mit dem Wertschätzungsthema u. a. in den Lob-Übungen I und II wird das Thema im Alltag, üblicherweise mithilfe eines speziellen Tagebuchs, weiter vertieft, bilanziert und – sollte die Selbstwertschätzung insgesamt schwerfallen und/oder einzelne Strategien fehlen – gezielt trainiert. Protokolliert und nachbesprochen wird die achtsame Wahrnehmung erlebter Wertschätzung und der praktizierten Selbstwertschätzung, wobei der Fokus auf der Übung zuvor nicht oder nur zurückhaltend geübter Formen bzw. Faktoren liegt. Wichtig ist, Selbstwertschätzung angemessen und den Selbstwert festigend zu dosieren. Nur Höchstleistungen entsprechend zu würdigen, ist nicht gesundheitsförderlich und nicht angemessen, jede Bagatelle exzessiv zu loben macht eben dies zur Farce. Hier gilt es, mitunter im Sinne einer Kompromissbildung, angemessene Kriterien, ab wann Selbstwertschätzung als adäquat erlebt wird, zu definieren und davon ausgehend emotional berührende Selbstwertschätzung zu üben.

11.4 Selbstwertschätzungsperspektiven und Fazit

Daran, dass angemessene Selbstwertschätzung eine wichtige, Gesundheit und Lebensqualität fördernde Fähigkeit ist, die dabei hilft, mit u. a. beruflichen Stressoren adäquat umzugehen, kann nach Ausweis der referierten Studien nicht gezweifelt werden. Personen, die diesbezüglich schlechter aufgestellt sind, sollten passende Trainings absolvieren, wobei diese – entsprechend der immanent persönlichen Qualität der Thematik – zwangsläufig therapeutische Dimensionen (zumindest) streifen.

Gibt es bezüglich dieser Feststellungen zum Thema Einschränkungen? Einerseits nein, aber andererseits schon, könnte man antworten. Die vorliegenden Studien (vgl. Lehr/Hillert, 2018) wurden überwiegend bei Personen im Alter von über 40 Jahren durchgeführt, also bei Menschen, die einer Generation angehören, in denen noch viele in ein Selbstwertschätzungsdefizit hinein erzogen wurden (u. a. mit Leitsätzen wie *„Nur wer etwas leistet, ist etwas wert"*). Es ist damit zu rechnen, dass nach den

frühen 1980er-Jahren geborene Menschen – also Angehörige der Generationen Y und Z, die mehrheitlich unter programmatisch wertschätzenden Rahmenbedingungen und/oder mit „Helikopter-Eltern“ aufgewachsen sind – bezüglich der Selbstwertschätzungsthematik anders sozialisiert wurden. Mehr oder weniger systematisch erhobene Daten weisen zumindest darauf hin (vgl. u. a. Shell Jugendstudie, 2015). Einerseits mag *„Du bist Du, das ist der Clou“* als voraussetzungslose Grundannahme ethisch-moralisch alternativlos sein. Andererseits stellt sich die Frage, inwieweit Selbstwertschätzung, wenn sie sich – im Extremfall – in Ermangelung tatsächlicher Leistungen, bei dominierender Ziellosigkeit und Spaßwerten (vgl. Kap. 5 in diesem Band), quasi nur noch auf Selbstwertschätzung als „Menschenrecht“ bezieht, noch gesundheitsfördernde Wirkung haben kann. Letztlich spiegeln sich im Selbstwert eines Menschen die Normen der Gesellschaft wider, in der er lebt (eng damit verbunden sind die individuellen Sinndimensionen, vgl. Schnell, 2016; Rosa, 2016). Niemand sollte strenger mit sich selbst sein, als dies von einem wohlwollenden Außenstandpunkt gesehen angemessen ist. Fehlt eine solche Verankerung, löst sich das Individuum aus seinem sozialen Kontext, beispielsweise, indem es in eine Arbeitslosigkeit gerät. Dies ist wiederum – nachgewiesenermaßen – ein erheblicher, der Gesundheit abträglicher Stressfaktor (vgl. Techniker Krankenkasse, 2010). In solchen Konstellationen ist es präventiv und therapeutisch angemessen, primär auf das Thema Orientierung bzw. verbindliche Werte und Ziele zu fokussieren, und zwar als sinnvolle Basis einer sozial-integrativen und entsprechend tragfähigen Selbstwertschätzung.

Literatur

Andlin-Sobocki, P./Jönsson, B./Wittchen, H.-U./Olesen, J. (2005). *Cost of disorders of the brain in Europe.* European Journal of Neurology, 12 (1), S. 1–27.

Bach, C. (2013). *Mehr Wertschätzung und Anerkennung im Job: Wie Mitarbeiter und Führungskräfte die betriebliche Zusammenarbeit fördern und die Beziehungsqualität verbessern können.* Hamburg: tredition.

Bandura, A. (1991). *Social cognitive theory of self-regulation.* Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50 (2), S. 248–287.

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.-H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch–diagnostische Leitlinien.* 10., überarb. Auflage, Göttingen: Hogrefe.

Gouldner, A. W. (1960). *The Norm of Reciprocity. A Preliminary Statement.* American Sociological Review, 25 (2), S. 161–178.

Gresens, E. (2007). *Selbstmanagement im Kontext von Beanspruchung: Validierung des Selbstmanagementinventars SMI anhand einer Stichprobe von Lehrern.* Marburg: Universitätsverlag.

Gruhl, M. (2014). *Resilienz für Lehrerinnen und Lehrer: Kraft für die Schule und für mich.* Freiburg: Kreuz.

Häusling, A./Römer, E./Zeppenfeld, N. (2019). *Praxisbuch Agilität. Tools für Personal- und Organisationsentwicklung.* 2. Auflage, Freiburg: Haufe.

Hillert, A./Lehr, D./Koch, S./Bracht, M. et al. (2016). *Lehrergesundheit. AGIL – das Präventionsprogramm für Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf.* 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer.

Jacob, G. A./Potreck-Rose, F. (2004). *Der Selbstwert in der Verhaltenstherapie.* Verhaltenstherapie, 14 (3), S. 206–212.

Kanfer, F. H./Reinecker, H./Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Karasek, R./Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Bools.

Koch, S./Lehr, D./Hillert, A. (2015). *Burnout und chronischer beruflicher Stress. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Fortschritte der Psychotherapie, Band 60.* Göttingen: Hogrefe.

Leary, M. R./Baumeister, R. F. (2000). *The nature and function of self-esteem: Sociometer theory.* Advances in experimental social psychology, 32, S. 1–62.

Lehr, D./Hillert, A. (2018). *Selbstwert im Beruf – ein Weg zur Balance?* In: Badura, B./Ducki, A./ Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Berlin: Springer, S. 143–156.

Lehr, D./Hillert, A./Schmitz, E./Sosnowsky, N. (2008). *Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depression Scales (STDS-T): eine vergleichende Evaluation von Cut-Off-Werten.* Diagnostica, 54, S. 61–70.

Purbs, A./Posdzisch, M. L./Sonntag, K. (2018). *Gesundheitsförderliche Führung.* Pflegezeitschrift, 71 (9), S. 10–13.

Rödel, A./Siegrist, J./Hessel, A./Brähler, E. (2004). *Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Psychometrische Testung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe.* Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 25 (4), S. 227–238.

Rosa, H. (2016). *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Rosa, H. (2005). *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Rugulies, R./Aust, B./Madsen, I. E. H. (2017). *Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies.* Scandinavian journal of work, environment & health, 43 (4), S. 294–306.

Shell Jugendstudie (2015). *17. Shell Jugendstudie. Jugend 2015.* Frankfurt: Fischer.

Schnell, T. (2016). *Psychologie des Lebenssinns.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Siegrist, J./Li, J. (2016). *Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model.* International journal of environmental research and public health, 13 (4), S. 432.

Siegrist, J. (2002). *Effort-reward imbalance at work and health.* In: Perrewe, P. L./Ganster, D. C. (Hrsg.): Research in Occupational Stress and Well Being. Historical and current perspectives on stress and health. Amsterdam: JAI Press-Elsevier, S. 261–291.

Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen.* München: Elsevier, Urban & Fischer.

Sowislo, J. F./Orth, U. (2013). *Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies.* Psychological Bulletin, 139 (1), S. 213–240.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2010). *Gesundheitsreport 2010. Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000 bis 2009.* https://www.tk.de/resource/blob/2026666/c4b8b4dcef3a8d03db82769d9ab4e03d/gesundheitsreport-2010-data.pdf (06.06.2019).

Wittchen, H. U./Jacobi, F./Rehm, J./Gustavsson, A. et al. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.* European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 21 (9), S. 655–679.

12 Stresslogging: Möglichkeiten und Grenzen der Vermessung von Gefühlen via Mood-Tracking

VIVIANE SCHERENBERG; MICHAEL ERHART

In Zeiten der zunehmenden Digitalisierung werden Smartphones und sogenannte Wearables immer mehr auch zur Stressmessung und -prävention sowie zum Stressmanagement eingesetzt. Hierbei nehmen Mood-Tracking- und Well-Being-Apps eine besondere Stellung ein. Welchen präventiven Mehrwert solche Apps für die potenziellen Nutznießer haben, ist durch Langzeitstudien noch nicht belegt. Der folgende Beitrag soll daher die Möglichkeiten und Grenzen von Mood-Tracking-Apps kritisch reflektieren, um konkrete Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

12.1 Digitale Selbstvermessung

Gemäß der ARD/ZDF-Online-Studie 2018 (n = 2.009) waren im Jahr 2018 erstmals über 90,3 % und damit 63,3 Millionen Bundesbürger online (vgl. Koch/Frees, 2018, S. 399). Dabei stellt das Smartphone mit einer Verbreitung von 81 % in der Bevölkerung der über 14-Jährigen das beliebteste Online-Medium dar (vgl. Bitkom, 2019, o. S.). Angesichts der starken Verbreitung von Smartphones verwundert es nicht, dass die Nachfrage und das Angebot an Apps und Wearables (in Form von Tracking Devices, z. B. Fitness-Tracker) stetig steigen. Bereits jetzt verwendet hierzulande fast die Hälfte der Bundesbürger (45 %) nach eigenen Angaben Gesundheits-Apps. Tracking-Apps zur Dokumentation nutzen 27 %, während 26 % sich vorstellen können, diese zukünftig zu nutzen (vgl. Bitkom, 2017, o. S.). Die TK-Studie „Homo Digivitalis“ (n = 1.002) zeigt ein ähnlich positives Bild hinsichtlich der Akzeptanz: Demnach trackt bereits über ein Viertel der Deutschen (27 %) ihre Gesundheit oder Fitness via App, Fitness-Tracker oder Smartwatch (vgl. TK, 2018, S. 27).

Für die gesundheitliche Verhaltensbeeinflussung nutzen Wearables nicht nur akustische und visuelle Reize, sondern auch haptische (z. B. Vibrationsalarm zur Bewegungserinnerung). Menschliche Verhaltensweisen aufzuzeichnen und zu analysieren, wird unter den Begriffen Self-Tracking, Quantified Self oder Lifelogging

(zu Deutsch Lebensprotokollierung oder Selbstvermessung) subsumiert (vgl. Selke, 2016, S. 1). Allerdings stellt die Selbstvermessung keine neuzeitliche Errungenschaft dar, vielmehr wurden in der Vergangenheit verhaltensbezogene Daten eher manuell und temporär mithilfe von Tagebüchern und handschriftlichen Protokollen (z. B. Stresstagebüchern) aufgezeichnet, um belastende Situationen zu erkennen, zu verstehen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

Im digitalen Zeitalter läuft die Aufzeichnung indes zunehmend automatisiert und permanent via Apps und Wearables ab. Dabei beschränken sich die Dokumentation und Analyse von Tracking-Apps nicht nur auf menschliche Daten des direkten App-Nutzers (z. B. Bewegungs-, Schlaf- oder Essverhalten), sondern auch auf Dritte (Schrei-Analyse von Säuglingen, Familien-Tracking zur Ortung von z. B. Kindern oder demenzkranken Angehörigen). Im Sinne der Steigerung der Gesundheitskompetenz informieren Tracking-Apps die Nutzer und geben ihnen darüber hinaus Anreize zur gesundheitlichen Verhaltensänderung. Derartige immaterielle Stimuli können sowohl in Form von verbalen gesundheitlichen Unterstützungsanreizen (z. B. Gratulationen) als auch verbalen gesundheitlichen Leistungsanreizen (z. B. Statuslevel-Erreichung, Auszeichnungen, Ranglistenpositionierung) integriert werden (vgl. Scherenberg, 2018, S. 25). Nicht selten teilen Self-Tracker zudem ihre gesammelten Daten und Erfahrungen mit Dritten (*communal self-tracking*), um sich gegenseitig zu motivieren oder zu unterstützen (vgl. Lupton, 2016, S. 130 f.). Die Dimensionen der Selbstvermessung umfassen emotionale und körperliche Zustände, Körperleistungen sowie reine Verhaltensweisen (vgl. Scherenberg, 2019, S. 475 f.). Daten, Zustände oder Verhaltensweisen werden entweder – bewusst – manuell (*active tracking*) oder automatisch – eher unbewusst – im Hintergrund (*passive tracking*) erhoben (vgl. Bode/Kristensen, 2015, S. 121). Beim aktiven Tracking handelt es sich um eine subjektive Dateneingabe, während beim passiven Tracking rein objektive Daten erfasst werden. Emotionale Zustände und Stimmungen werden beim aktiven Tracking mithilfe von Skalen oder Emoticons erfasst, die unter dem Begriff *mood tracking* subsumiert werden (vgl. Pritz, 2016, S. 132 f.) (vgl. vertiefend Kap. 12.3.2). Dass die objektive Datengenerierung im Vergleich zur subjektiven Dateneingabe einen verlässlicheren Überblick über körperliche oder psychische Zustände liefert, ist ein weit verbreiteter Irrglaube. So sind einer Studie (n = 1.012) zufolge nur 19 % der Self-Tracker davon überzeugt, dass solche Messungen ungenau sein könnten (vgl. Scheermesser/Meidert, 2018, S. 80). Einer Studie der Stanford University School of

Medicine mit 56 Testläufen zeigte, dass die reale Schrittanzahl bei Tracking-Apps zwischen 6,7 % höher und 6 % niedriger und bei Fitness-Armbändern 22,7 % höher und 1,5 % niedriger ausfallen kann. Besonders große Unterschiede und Ungenauigkeiten konnten bei der Pulsmessung festgestellt werden. Hier variierte die Fehlerrate zwischen 27,4 % und 92,6 %, da die Messergebnisse von der Hautfarbe, dem Handgelenkumfang sowie dem Body-Mass-Index (BMI) beeinflusst werden (vgl. Shcherbina et al., 2017, S. 7 f., S. 10). Die Tab. 12.1 soll beispielhaft einen ersten Einblick darüber geben, welche unterschiedlichen Formen der subjektiven und objektiven Selbstvermessung derzeit existieren.

Tab. 12.1: Beispiele für Self-Tracking (vgl. Scherenberg, 2019, S. 477)

Dimensionen	Automatische Aufzeichnung von Daten (= passive logging)	Manuelle Aufzeichnung von Daten (= active logging)
emotionale Zustände	objektiver Stresslevel, Atemmuster etc.	subjektiv wahrgenommener Stress, Gefühle, Emotionen, Stimmungen, Gewohnheiten etc.
körperliche Zustände	Herzfrequenz, Blutdruck, Blutzucker, VO2 max, Schlafdauer und -phasen, Kalorienverbrauch, Gewicht, BMI, Fettanteil, Körperhaltung etc.	Kopfschmerzen, Migräne-/Allergieanfälle, subjektive Schlafqualität, Taillenumfang, Menstruationszyklus, Stuhlgang etc.
Körperleistungen	Schritte, Dauer und Strecke von Lauf- und Fahrradrouten, durchgeführte Fitness-Übungen, Fitnessalter etc.	subjektive Selbsteinschätzung der körperlichen Leistung(ssteigerung)/ Produktivität etc.
Verhaltensweisen	Bewegungsverhalten (Laufen, Schwimmen, Gehen etc.), Smartphone-Nutzung etc.	Ernährungs-, Trink- und Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Medikamenteneinnahme etc.

Nicht selten wird die eigene Selbstvermessung dazu genutzt, um sich die Zusammenhänge zwischen Stress und Gesundheit stärker vor Augen zu führen (vgl. Fröhlich, 2019, S. 220) und so durch die eigene Stimmungsverfolgung die mentale Gesundheit positiv zu beeinflussen und Stress zu reduzieren. Dabei kann auch die digitale Aufzeichnung des Stresslevels

- *subjektiv* mittels der manuellen und temporären Eingabe von emotionellen Gefühlslagen oder

- *objektiv* mithilfe automatisch und permanent erhobener Messwerte (Herzfrequenzrate etc.) von Smartphones und Wearables

erfolgen. Bei Apps (z. B. Welltory) oder Smartwatches wird der Stresslevel mithilfe der Herzfrequenzvariabilität (HRV) über den Pulssensor errechnet. Ein neueres Verfahren (*transdermal optical imaging*) errechnet den Stresslevel – wie bei Lügendetektoren – anhand der sich verändernden Hautfarbe und des Blutflusses mithilfe eines zweiminütigen Videos (vgl. Luo et al., 2019, S. 1 ff.). Solche Verfahren stellen allerdings noch Zukunftsmusik dar, denn Einflussfaktoren, wie die Hautfarbe oder die Medikamenteneinnahme bei Menschen mit sehr hohem Blutdruck, können bislang bei diesem neuartigen Verfahren nicht berücksichtigt werden. Was Stress kennzeichnet und welche klassischen Verfahren in der Diagnostik zur Stressmessung angewandt werden, darauf konzentriert sich das folgende Kapitel.

12.2 Stress: Hintergründe und Messverfahren

Der Begriff Stress ist aus dem Alltagsleben nicht mehr wegzudenken und erfährt einen fast inflationären Gebrauch. Jedoch hat sich auch im wissenschaftlichen Bereich die Forschung zu Stress seit Jahrzehnten etabliert. Die nachfolgende Übersicht versucht, die wichtigsten Wissenschaftsperspektiven auf Stress darzulegen und so eine konzeptuelle Grundlage zu schaffen, anhand derer Mood-Tracking-Apps mit Stressbezug beurteilt werden können.

12.2.1 Stresskonzepte

Der Begriff Stress wird selbst im Bereich der Gesundheitswissenschaften in unterschiedlichen Konzeptionen und Zusammenhängen verwendet. Eine konsensübergreifende Definition von Stress existiert daher bis heute nicht (vgl. Knoll et al., 2017, S. 85). Die verschiedenen Perspektiven auf, Konzeptualisierungen von und Forschungsrichtungen zu Stress werden jedoch häufig in die folgenden drei Hauptrichtungen unterteilt (vgl. Hobfall, 1989; Laux, 1993; Knoll et al., 2017). Danach kann Stress 1.) als äußere Belastung, 2.) als innere Reaktion auf eine äußere Belastung oder 3.) als Transaktion der äußeren Belastung in eine innere Beanspruchung/Reaktion verstanden werden. In diesem Beitrag soll insbesondere die Bewältigung (Coping) von Stress als vierte Perspektive verfolgt werden.

Stress als Reiz: Unter der Perspektive „Stress als äußere Belastung“ werden Eindrücke, Situationen, Ereignisse und Objekte verstanden, mit denen eine Person konfrontiert wird und die eine Stress-Reaktion nach sich ziehen. Die Autoren Renneberg und Hammelstein (2006, S. 218) nennen beispielhaft folgende Stressoren:

- „physikalische und körperliche Stressoren (Kälte, Lärm, extreme Hitze, Schmerz, Gefahren für Leib und Leben u. a.),
- soziale Stressoren (Konflikte, Trennungen u. a.), aber auch
- Anforderungen im Bereich der Leistung (Überforderung, geringer Handlungsspielraum, Zeitdruck u. a.).“

Zur Perspektive „Stress als Reiz“ können auch die Arbeiten zu kritischen Lebensereignissen gefasst werden (vgl. Holmes/Rahe, 1967; Ferring/Fillipp, 1985). Kern dieser Arbeiten ist die Annahme, dass Veränderungen im Leben, die durch externe Ursachen angestoßen werden, eine Belastung für die Betroffenen darstellen und ggf. krankmachende Folgen haben können. Nach Ansicht der Autoren ist dabei von Bedeutung, wie stark die Veränderungen sind und nicht primär, ob die Veränderungen eher positiven oder negativen Wert besitzen. Somit würden z. B. sowohl ein Gefängnisaufenthalt oder der Tod eines Angehörigen als auch eine Heirat als kritisches Lebensereignis klassifiziert. Andere Autoren fokussieren auf die kleineren alltäglichen Schwierigkeiten (*daily hassles*) als Quelle von Stress (vgl. Kanner et al., 1981; Lazarus, 1984; DeLongis et al., 1988). Als Stressor wirken kann jedoch auch „… das Ausbleiben antizipierter Lebensereignisse wie z. B. (…) Geburt eigener Kinder, (…) Karriere in einem bestimmten Beruf und andere(..) zum Leben individuell und gesellschaftlich normativ dazugehörende(..) Momente“ (Renneberg/Hammelstein, 2006, S. 2018).

Stress als Reaktion: Die Perspektive „Stress als Reaktion“ fokussiert auf die Auswirkungen äußerer Belastungen auf den Organismus. Diese Sichtweise ist eng verbunden mit den Arbeiten von Hans Selye (z. B. 1976). Im Fokus seiner Arbeit stand Stress als unspezifische Reaktion des Organismus auf die Konfrontation mit Stressquellen (z. B. Hitze, körperliche Anstrengung, Deprivation). Die Stressreaktion wird dabei durch das Nebennierenrindenhormon Kortisol hervorgerufen und geleitet (vgl. Selye, 1976). Ein zentrales Konzept seiner Arbeit ist das generalisierte Anpassungssyndrom, wonach die unspezifische Stressreaktion immer nach dem gleichen Schema abläuft und in drei Phasen unterteilt werden kann: In der Alarmphase verfällt der Organismus in eine Art Schock, charakterisiert durch Blutdruckabfall,

Herzrasen, Unterzuckerung und verringerte Widerstandskraft. In der darauffolgenden Widerstandsphase werden dagegen die Energiereserven mobilisiert und die Widerstandskraft wird erhöht. Hält die Konfrontation mit der Stressquelle weiterhin an, folgt darauf die Erschöpfungsphase, sodass die körperlichen Reserven aufgebraucht sind. Die fortwirkende Kortisolausschüttung und die Unterdrückung des Immunsystems können zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen führen. Am schwächsten Organ manifestieren sich dann zuerst Funktionseinschränkungen (vgl. Selye, 1949). Nachfolgende Forschung zeigte, dass die Stressreaktionen beim Menschen jedoch nicht so unspezifisch ablaufen, sondern je nach Stressor und seiner Bewertung variieren (vgl. Knoll et al., 2017, S. 89 f.). Das Konzept der allostatischen Regulation und Belastung von McEwan (2000, 2002) postuliert, dass akuter Stress zunächst mit einer Erhöhung der Immunfunktion einhergeht und zur Speicherung von gefahrenrelevanten Aspekten im Gedächtnis führt (sog. allostatische Regulation). Hält die Exposition gegenüber dem Stressor jedoch an und kann das Individuum seine Stressreaktion nicht herunterregulieren oder den Stressor bewältigen, kann es zur Unterdrückung des Immunsystems oder sogar zu Veränderungen in Nervenzellen führen, die in Gehirnregionen angesiedelt und für das Erleben von Emotionen relevant sind (sog. allostatische Belastung). Als Folge beginnt der Organismus, unter der Stressreaktion zu leiden (vgl. McEwan, 2002). Folgende Faktoren tragen zu einer allostatischen Belastung bei (Knoll et al., 2017, S. 90 f.):

1) „das häufige Durchleben stressreicher Situationen,
2) die Unfähigkeit, sich an solche wiederkehrenden Anforderungen zu gewöhnen, also fehlschlagende Habituation,
3) die Unfähigkeit, sich nach einer Stresssituation wieder abzuregen oder herunterzuregulieren,
4) das Auftreten eines nicht produktiven allostatischen Regulationsmechanismus auf einen vorhergehenden ebenfalls nicht produktiven allostatischen Regulationsmechanismus: In diesem Fall reagiert beispielsweise ein körpereigenes System schon gleich zu Anfang inadäquat, woraufhin ein anderes assoziiertes System überreagiert (z. B. die unterdrückte Kortisolausschüttung auf Stress kann zu einer überschießenden Immunreaktion führen)."

Stress als Transaktion: Sowohl die Perspektive „Stress als Reiz“ als auch die Perspektive „Stress als Reaktion“ lassen außer Acht, dass derselbe Stressor zu unterschiedlichen Stressreaktionen führen kann (vgl. Knoll et al., 2017, S. 90 f.). Die Perspektive „Stress als Transaktion“ beschäftigt sich mit den Faktoren bzw. Mechanismen, die dafür verantwortlich sind, dass ein externer Stressreiz in eine interne Stressreaktion umgesetzt wird. Diese Perspektive ist eng verbunden mit dem Transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984). Nach diesem Stressmodell findet im Moment des Konfrontiertwerdens mit einer Situation (z. B. die Bitte, eine Hochzeitsrede zu halten) eine initiale Bewertung statt. Die Situation kann dabei z. B. als irrelevant („ob ich eine gute oder schlechte Hochzeitsrede halte, interessiert sowieso niemanden“), als Chance oder günstig („endlich kann ich meiner Familie einmal zeigen, dass ich gut reden kann“ oder „das ist eine schöne Aufgabe“) oder als Bedrohung bzw. Herausforderung („ich werde mich blamieren, wenn ich eine schlechte Rede halte“) eingeschätzt werden. Gleichzeitig oder danach wird in der sogenannten sekundären Bewertung eingeschätzt, welche Ressourcen dagegengehalten werden können. Um im Beispiel der Hochzeitsrede zu bleiben: „ich habe schon viele Reden und Vorträge gehalten, bin darin routiniert und erfahren“ oder „ich habe genug Zeit, eine gute Rede vorzubereiten“ oder „ich habe viele Freunde, die schon solche Reden gehalten haben, und werde sie um Unterstützung bitten“. Die sekundäre Bewertung kann auch negativ ausfallen, wenn festgestellt wird, dass z. B. keine bzw. zu wenig Ressourcen zur Verfügung stehen. Das Zusammenspiel von primärer und sekundärer Bewertung bedingt dann einerseits, ob es zu einer Stressreaktion kommt und welche Begleitemotionen (Freude, Angst) entstehen. Andererseits folgt daraus, wie mit der Situation umgegangen wird (vgl. Knoll et al., 2017, S. 93 ff.; Kaluza, 2018, S. 44). Beeinflusst werden diese Bewertungen dabei von Persönlichkeitseigenschaften, kognitiven Stilen, Glaubenssätzen und Einstellungen.

Stressbewältigung/Coping: Die Frage, wie Menschen mit Stress umgehen bzw. diesen bewältigen, stellt die vierte Perspektive dar. Die Vielzahl der möglichen Bewältigungsstile, -strategien und -ansätze hat zahlreiche Klassifikationen hervorgerufen. Beispielhaft sollen drei Ansätze dargestellt werden:

1) Repression und Sensitization haben ihre Ursprünge in der Psychoanalyse und beziehen sich auf das dispositionelle Bewältigungsverhalten, das dabei als Persönlichkeitseigenschaft aufgefasst wird. Sensitizer wenden sich dabei

der Stressquelle zu und suchen nach Informationen, während Represser sich der Stressquelle abwenden und diese vermeiden oder sogar leugnen. Ängste werden nicht geäußert und über die Situation und mögliche Folgen wird nicht nachgedacht (vgl. Knoll et al., 2017, S. 104; Byrne, 1961).

2) Emotionsorientierte vs. problemorientierte Bewältigung betrifft die aktuelle Bewältigung. Die emotionsorientierte Bewältigung berührt die Regulation der Begleitemotionen durch z. B. Leugnen, Ablenken oder positive Umdeutung. Bei der problemorientierten Bewältigung wird versucht, die Situation zu verändern, indem z. B. Information oder Unterstützung gesucht wird. Die emotionsorientierte Bewältigung ist sinnvoll für Situationen, die nicht beeinflussbar sind. Ist eine Beeinflussbarkeit gegeben und hat der Betroffene die Möglichkeiten, kann die problemorientierte Bewältigung umgesetzt werden (vgl. Knoll et al., 2017, S. 110).
3) Kaluza (2018b, S. 197) unterscheidet drei Formen der individuellen Stressbewältigung. Instrumentelles Stressmanagement entspricht dabei der problemorientierten Bewältigung und beinhaltet z. B. die zeitliche Planung, das Setzen von Prioritäten, Abgrenzung, Fort- oder Weiterbildung. Mentales Stressmanagement setzt an den persönlichen stressverstärkenden Kognitionen an und bezieht sich z. B. auf Einstellungsänderungen, positive Selbstinstruktionen, Relativieren und Distanzierung oder Sinngebung. Das regenerative Stressmanagement versucht, die emotionale, kognitive, somatische und verhaltensbezogene Stressreaktion zu beeinflussen, z. B. durch Entspannungstraining, Sport und Bewegung, Hobbys oder Pausen.

12.2.2 Epidemiologische Hintergründe von Stress

Im Rahmen des Gesundheitssurveys Gesundheit Erwachsener in Deutschland (GEDA) 2012 des Robert Koch-Instituts wurde bei (n = 5.800) 18–64-Jährigen die Screeningskala zum chronischen Stress (SSCS) eingesetzt (vgl. RKI, 2014). Diese erfasst mittels zwölf Items die Ausprägung generell erlebten Stresses (vgl. Schulz et al., 2004). Die Stressoren mit der häufigsten Nennung (in den letzten drei Monaten „häufig“ oder „sehr häufig“ betroffen) waren „zu viele Verpflichtungen“ (16,6 %), „sorgenvolle Gedanken“ (10,4 %) und „Arbeit wächst über den Kopf“ (9,7 %). Insge-

samt waren 33,3 % der Befragten durch mindestens einen der in der nachfolgenden Tab. 12.2 genannten Stressoren häufig oder sehr häufig betroffen.

Tab. 12.2: Stressoren in der Allgemeinbevölkerung 18–64 Jahre (vgl. GEDA-Studie, RKI, 2019; eigene Auswertung)

Stressbelastung in den letzten drei Monaten	Prozent Befragte, die „häufig“ oder „sehr häufig“ davon betroffen sind
Befürchtung, dass etwas Unangenehmes passiert	6,6
sorgenvolle Gedanken	10,4
vergebliche Bemühung um Anerkennung	7,2
Sorgen wachsen über den Kopf	6,4
trotz Bemühung keine Anerkennung für Arbeit	6,2
erwartete Leistung nicht erfüllt	2,7
ständige Sorgen	8,3
zu viele Verpflichtungen	16,6
Arbeit wächst über den Kopf	9,7
Befürchtung, Aufgaben nicht erfüllen zu können	6,1
Erfahrung, zu viel zu tun zu haben	8,3
Verantwortung für andere wird zur Last	4,6

In der Stressstudie 2016 der Techniker Krankenkasse wurden 1.200 über 18-Jährige aus der Allgemeinbevölkerung danach gefragt, ob sie sich gestresst fühlen. Zusammenfassend berichteten 23 % „häufig“ und weitere 38 % „manchmal“ gestresst zu sein. „Selten“ gestresst zu sein gaben 26 % der Befragten an. Die Personen mit seltenem bis häufigem Stresserleben wurden außerdem danach gefragt, wodurch sie sich gestresst fühlen. Der am häufigsten genannte Stressor war dabei die Arbeit (46 %), gefolgt von hohen Ansprüchen an sich selbst (43 %), zu vielen Terminen und Verpflichtungen in der Freizeit (33 %), Teilnahme am Straßenverkehr (30 %) und ständige Erreichbarkeit (28 %) (vgl. Wohlers/Hombrecher, 2016, S. 13). Auch die Folgen von Stress wurden in der TK-Studie deutlich: Von den häufig Gestressten berichten 66 % von Verspannungen/Rückenschmerzen. Unter den selten/nie Gestressten leiden dagegen nur 42 % darunter. Erschöpft und ausgebrannt fühlen sich 64 % der

häufig Gestressten, aber nur 10 % der selten oder nie Gestressten. Ähnliche Unterschiede zeigen sich auch bei weiteren (psychosomatischen) Beschwerden wie Schlafstörungen (46 % vs. 21 %), Kopfschmerzen/Migräne (36 % vs. 20 %), Nervosität/Gereiztheit (47 % vs. 14 %) (vgl. Wohlers/Hombrecher, 2016, S. 47).

Für den Stressreport 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz wurden bei über 17.000 abhängig Beschäftigten das Auftreten von Stressoren und die Belastung durch eine Reihe von Stressoren erhoben. Im Ergebnis berichteten 58 % der Befragten häufig, „verschiedene Arbeiten gleichzeitig betreuen zu müssen“, 52 % erleben häufig „einen starken Termin- und Leistungsdruck“. Am häufigsten belastet fühlen sich die Befragten durch „starken Termin- und Leistungsdruck“ (34 %) und „Arbeitsunterbrechungen“ (26 %). „Arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit“ wird, sofern es auftritt, von 74 % der Betroffenen als belastend erlebt, ähnlich „fehlende Information“, die von 73 % als belastend erlebt wird. In der gleichen Studie wurden auch die stressbedingten Folgen untersucht, indem das Auftreten von Beschwerden wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und emotionale Erschöpfung in den letzten zwölf Monaten während der Arbeit oder an einem Arbeitstag betrachtet wurden (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 205 f.). Im Ergebnis berichteten 84 %, von mindestens einer der Beschwerden betroffen zu sein (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 93).

12.2.3 Stressmessung und Diagnostik

Die Erfassung von Stress und dessen Bewältigung erfolgen klassischerweise durch in der Regel fragebogenbasierte Instrumente. In den vergangenen Jahrzehnten wurde hierfür eine Vielzahl an wissenschaftlichen Instrumenten entwickelt. Diese korrespondieren in der Regel mit einem oder mehreren der im vorigen Abschnitt skizzierten Stresskonzepte.

Das **Vorliegen von Stressoren** wird z. B. über die Social Readjustment Rating Scale (SRRS, vgl. Holmes/Rahe, 1967) erfasst. Hierbei wird das Auftreten von 43 kritischen Lebensereignissen (z. B. Tod des Partners, Haftstrafe, Heirat) gemessen. Diesen Ereignissen ist dabei ein Punktwert zugeordnet, der das Ausmaß der Lebensveränderung ausdrückt. Ermittelt wurden diese in Studien der Autoren. Das Vorhandensein von Alltagsschwierigkeiten oder -freuden kann z. B. über die Daily-hassles/Daily-uplifts-Skala (vgl. DeLongis, 1988) erfasst werden. Insgesamt 53 Lebensbe-

reiche (z. B. Partnerschaft, Kinder, Eltern, Arbeit, Essgewohnheiten) können dabei in Bezug auf Belastungen oder Freudenempfindungen eingestuft werden. Auch das Stress-Coping-Inventar von Satow (2012) erfasst die aktuelle Stressbelastung durch Unsicherheit in verschiedenen Lebensbereichen (finanzielle Situation, Wohnort, Arbeitsplatz, Studium oder Schule, Gesundheit, Partnerschaft, Familie, Freunde). Es erfasst auch Stress durch Überforderung, Ereignisse oder Probleme in diesen Bereichen sowie Stress durch Verlust bzw. tatsächlich eingetretene negative Ereignisse in diesen Bereichen.

Stressempfinden und Stressreaktionen erfasst z. B. die von Kaluza dargestellte Checkliste Warnsignale für Stress. In der Selbstauskunft können auf insgesamt 35 Items Anzeichen für Stress erhoben werden: darunter kognitive (z. B. „ständig kreisende Gedanken/Grübeleien"; „Konzentrationsstörungen"; „Leere im Kopf (black out)", emotionale (z. B. „Nervosität, innere Unruhe"; „Gereiztheit", „Ärgergefühle; Angstgefühle, Versagensängste"), körperliche (z. B. „Herzklopfen/Herzstiche"; „Engegefühl in der Brust"; „Atembeschwerden") und verhaltensbezogene Anzeichen (z. B. „aggressives Verhalten gegenüber anderen/aus der Haut fahren"; „schnelles Sprechen oder Stottern"; „andere unterbrechen, nicht zuhören können") (2018a, S. 44). Allerdings wurde dieses Instrument von Kaluza nach unserem Wissen noch nicht psychometrisch getestet. Auch das Stress-Coping-Inventar von Satow (2012) enthält eine Skala, die sich auf die Stressreaktion bezieht. Itembeispiele sind: „ich schlafe schlecht"; „ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen"; „ich habe häufig das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben"; „ich leide häufig unter Kopfschmerzen". Die Analyse der Stresssituation stellt dabei den ersten Schritt in einem verbesserten Umgang mit Stress dar. Nach Kaluza (2018a, S. 6) etwa soll die Stresssituation darauf analysiert werden, wann und in welchem Moment es zur Stressreaktion kommt, was die Begleitumstände sind, welche emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Reaktion gezeigt wird und was die Stressreaktion verschärft. Diese Analyse kann auch in Form von sogenannten Stresstagebüchern erfolgen. So sollen die stressauslösenden, -aufrechterhaltenden und -verstärkenden Faktoren identifiziert werden.

Der Umgang mit bzw. die **Bewältigung von Stress** kann ebenfalls durch verschiedene Instrumente erfasst werden. Aus den 1980er-Jahren stammen die Instrumente Ways of Coping Questionnaire (WOCQ, vgl. Folkman/Lazarus, 1988), COPE (vgl. Carver et al., 1989) sowie der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke et al.

(1985). Auch der bereits angesprochene SCI von Satow (2012) erfasst das Bewältigungsverhalten. Die von den Instrumenten erfassten Bewältigungsstrategien betreffen konfrontative Bewältigung, Distanzierung, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Übernahme von Verantwortung, Fluchtvermeidung, planvolles Problemlösen, positive Neubewertung (WOCQ), außerdem Humor, mentaler Rückzug, Hinwendung zur Religion, Ausleben von Emotionen, Verhaltensrückzug, Unterdrückung konkurrierender Aktivitäten, Abwarten, Substanzgebrauch, Akzeptanz (COPE), Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Suche nach Selbstbestätigung, Ersatzbefriedigung, Situationskontrollversuche, Reaktionskontrollversuche, Ablenkung, positive Selbstinstruktion, soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression, Medikamenteneinnahme (SVE).

Neben fragebogenbasierten Instrumentarien werden bei der Stressdiagnostik auch Stresstagebücher eingesetzt, um individuell bedeutsame Stressoren zu identifizieren. Die hier dargestellten Hintergründe zum Thema Stressempfinden, Stressreaktionen sowie die Stressbewältigung sollten daher eine Grundlage für die folgenden Kapitel bieten, in denen die Formen und unterschiedlichen Funktionalitäten von Mood-Tracking-Apps näher beleuchtet werden.

12.3 Mood-Tracking: Selbstvermessung der Gefühle

Derzeit existiert auf dem Markt bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Formen von Mood-Tracking-Apps, die verschiedene gesundheitliche Zielsetzungen verfolgen. Dieses Kapitel soll einen Aufschluss über die Variationsvielfalt und deren Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen, um die Eignung der neuen Technologie zur Förderung der mentalen Gesundheit kritisch reflektieren zu können.

12.3.1 Hintergrund und Formen von Mood-Tracking-Apps

Allein in den Rubriken Medizin, Gesundheit und Fitness gibt es mehr als 200.000 Gesundheits-Apps. Unter diesen Gesundheits-Apps finden sich zunehmend immer mehr sogenannter Mood-Tracking-Apps. Relevanz für diesen Themenband haben Mood-Tracking-Apps, da sie versuchen, die psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen. Denn mithilfe von Mood-Tracking-Apps können aktuelle Emotionen, Gefühle und Stimmungen aufgezeichnet, damit erkannt, bewusst wahrgenommen und

selbstkritisch reflektiert werden (vgl. Pritz, 2016, S. 132). Apps mit Mood-Tracking-Funktionen können – je nach Zielgruppenerreichung und Zweck – in die folgenden Formen eingeteilt werden:

1) **Gesundheits-Apps mit Mood-Tracking-Funktionen:** Mood-Tracking-Funktionen werden in vielfältigen Gesundheits-Apps integriert (z. B. Bewegungs-Apps, Menstruations-Apps, Diabetes-Apps).
2) **Populationsübergreifende Mood-Tracking-Apps:** Mood-Tracking-Apps zur allgemeinen Stimmungsaufzeichnung, die keine spezifische Ausrichtung oder Spezialisierung aufweisen.
3) **Zielgruppenspezifische Mood-Tracking-Apps:** Diese können auf bestimmte Zielgruppen (z. B. Kinder) ausgerichtet sein.
4) **Krankheitsspezifische Mood-Tracking-Apps:** Diese können für spezifische Krankheitsbilder, z. B. Depression, Angststörungen, bipolare Störungen, sowohl für die direkte Zielgruppe als auch für Dritte (z. B. Angehörige Demenzkranker) konzipiert sein.

Die meisten der derzeit existierenden Mood-Tracking-Apps sind populationsbezogenen ausgerichtet (vgl. Caldeira et al., 2018, S. 497). Dabei können Mood-Tracking-Apps sowohl für Menschen ohne als auch mit Risikofaktoren bzw. einem vorliegenden psychischen Krankheitsbild (inklusive z. B. Medikationsmanagement) verwendet werden. Neben dieser Einteilung können Mood-Tracking-Apps in Bezug auf die Ausgestaltung und Funktionsweise in Dokumentations-Apps und Symptom-Apps unterteilt werden (vgl. Lampert/Scherenberg, 2019, S. 39):

- **Dokumentations-Apps:** Dokumentations-Apps wie Mood-Diary, eMoods, MoodTrack dokumentieren und verwalten die eigene Stimmungslage. Mithilfe von Diagrammen und Statistiken erhält der Nutzer einen Überblick über die tägliche, monatliche oder jährliche Stimmungslage oder Aktivität (z. B. Sport, Urlaub) und Belastung (z. B. Schlafdefizit, Arbeit), um so Rückschlüsse auf die Ursachen für negative Stimmungslagen oder erhöhte Stressphasen zu erhalten.
- **Symptom-Apps:** Bei Symptom-Apps werden auf der Basis von Antworten auf symptombezogene Fragen Rückschlüsse auf gesundheitliche Beschwerden gezogen. Mithilfe einer Datenbank wird versucht, die Ursachen zu identifi-

> zieren, um auf diese Weise Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Derartige Apps zur Symptomanalyse (z. B. Moodpath, Ada), die durch ihre Frage-Antwort-Interaktionen und den Einsatz künstlicher Intelligenz als digitale Berater in Gesundheitsfragen fungieren, werden als Health Bots bezeichnet (vgl. Kuhn et al., 2018, S. A1262 f.).

Ob die jeweilige Mood-Tracking-App ein **Medizinprodukt** ist, hängt davon ab, ob diese nach dem Medizinproduktegesetz zur Diagnose, Therapie und Überwachung von Krankheiten (§ 3 MPG) eingesetzt wird und daher vor Markteinführung ein aufwendiges Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) durchlaufen müssen. Mood-Tracking-Apps, die CE-zertifiziert sind, müssen „grundlegende Anforderungen" nach 93/42/EWG erfüllen und ein aufwendiges Konformitätsbewertungsverfahren durchlaufen. Präventions-Apps sind weder CE-kennzeichnungspflichtig, noch müssen sie geprüft oder verpflichtend von Experten entwickelt worden sein. Mood-Tracking-Apps mit Diagnose-Funktion stellen derzeit Präventions-Apps dar, wenn diese nur eine „Empfehlung" und keine Diagnose abgeben. Mit der neuen EU-Medizinprodukte-Klassifizierung und der neuen Risikoklasseneinteilung ab dem Jahr 2020 fallen allerdings auch Tracking-Apps, die Prognosen abgeben, unter das Medizinproduktegesetz (vgl. Europäisches Parlament/Europäischer Rat, 2017). Das BfArM hat zur Differenzierung eine „Orientierungshilfe Medical Apps" erstellt, mit der die Zweckbestimmung seitens der App-Anbieter leichter eingeschätzt werden kann (vgl. BfArM, 2015, o. S.). Grundsätzlich verfügen Mood-Tracking- und insbesondere die weit verbreiteten Dokumentations-Apps über unterschiedliche Funktionsweisen, die im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

12.3.2 Ausgestaltung von Mood-Tracking-Apps

Die jeweiligen Ausgestaltungen von Dokumentations-Apps können sich inhaltlich stark voneinander unterscheiden. Grundfunktionalitäten, die indes in den meisten Mood-Tracking-Apps integriert werden, können in vier Aktionsstufen (vgl. Tab. 12.3) unterteilt werden.

Tab. 12.3: Funktionalitäten von Mood-Tracking-Apps (vgl. Caldeira et al., 2018, S. 498)

Aktionsstufe	Funktion	Beschreibung
1) Vorbereitung	Anweisung und Erklärungen	Informationen über den Hintergrund und die Zielsetzung
2) Datensammlung	Interface zur Datensammlung	Text, Bilder, Farben, Emoticons etc.
	Erinnerungen	Erinnerungen zur Dateneingabe
3) Reflektion	Visualisierungen	Grafiken, Tabellen, Listen
4) Aktion	Handlungsempfehlungen	datenbasierte Aktionen zur Förderung der psychischen Gesundheit
	Share-Funktionen	Funktionen zur Verbreitung in sozialen Medien und Export von gesammelten Daten

Zur Vorbereitung finden sich innerhalb von Mood-Tracking-Apps je nach gesundheitsbezogener Zielsetzung unterschiedlichste Informationen zur App und dem jeweiligen Krankheitsbild (z. B. Depression: Depressions-Test, Enke-App). Die Dokumentation negativer und positiver Stimmungen erfolgt mithilfe einer Farbauswahl, Emojis, vordefinierter Textauswahlmöglichkeiten bzw. Rating-Skalen oder anhand freier Texteingabemöglichkeiten (vgl. Caldeira et al., 2018, S. 498). Dabei werden sowohl binäre (z. B. gut oder schlecht) als auch lineare Rating-Skalen (z. B. 0 = sehr schlecht bis 10 = sehr gut) zur Abfrage der aktuellen Stimmung verwendet. Selbst definierte Stimmungswerte werden zudem mit positiven (z. B. optimistisch, glücklich, ruhig) und negativen Stichworten (sogenannte Tags, z. B. neidisch, frustriert, unruhig) hinterlegt (Moody, Mood Log etc.), um das allgemeine Stressempfinden (z. B. Tab. 12.2) und die damit in Verbindung stehenden Stressreaktionen genauer erfassen zu können. Zur weiteren Ursachenforschung können die erhobenen Tags mit durchgeführten Aktivitäten (Arbeit, Sport, Freund, Familie etc.) in Beziehung gesetzt werden (vgl. Abb. 12.1). Dabei „tracken“ Mood-Tracking-Apps nicht selten nicht nur emotionale Gefühlslagen, sondern auch Aktivitäten, die von den jeweiligen Gefühlslagen stark beeinflusst werden (z. B. Schlaf, Bewegung).

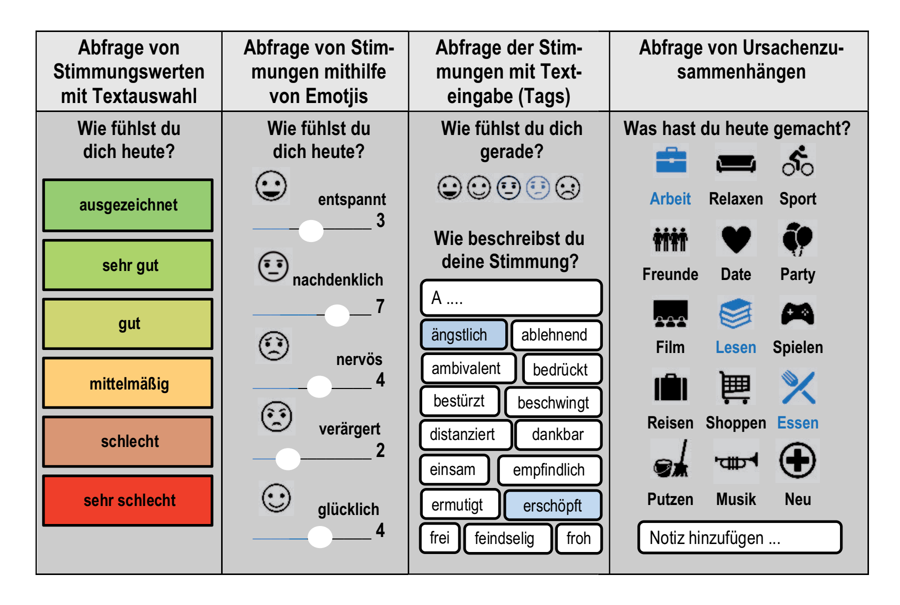


Abb. 12.1: Beispiele für Datenerhebungsformen via Mood-Tracking-Apps

Mithilfe von Visualisierungen erhalten die Nutzer einen Überblick über die historische Entwicklung der eigenen Stimmungen inkl. des Stressaufkommens, der zugrunde liegenden Stressauslöser und der persönlichen Stressreaktionen. Die digitale Selbstbeobachtung ermöglicht eine Reflexion, auf deren Basis eine individuelle Stressbewältigungsstrategie und Hilfestellungen für den Alltag abgeleitet werden können (vgl. Rampp, 2018, S. 224). Inwiefern wissenschaftliche Standards (z. B. Instrumentarien der Stressmessung und -diagnostik, vgl. Kap. 12.2.3 oder medizinische Leitlinien) und gesundheitliche Experten bei der Entwicklung berücksichtigt werden, ist für die Nutzer anhand der App-Beschreibung meist nicht ersichtlich, wie eine Vielzahl an unterschiedlichen Studien (vgl. Lampert/Scherenberg, 2019; Wallace/Dhingra, 2014; Moglia/Castano, 2015; Knight, 2015) offenbart.

Mood-Tracker bieten die Möglichkeit, die eigenen Gefühle mit anderen (z. B. Koppelung mit sozialen Medien über integrierte App-Communitys, Facebook) zu teilen, um über die virtuelle Gemeinschaft (*communal self-tracking*) Verständnis und Unterstützung Dritter zu erhalten (vgl. Scherenberg, 2018, S. 24; Lupton, 2016, S. 130 f.). Voraussetzung hierfür ist eine hohe Nutzerzahl, denn je mehr App-Nutzer einer Community zur gegenseitigen Ermutigung beitreten, desto größer ist der Netz-

werkeffekt (vgl. Laudon et al., 2010, S. 599). Somit ist eine kritische Masse notwendig, damit von App-Communities überhaupt ein positiver Nutzen ausgehen kann (vgl. Wendt, 2012, S. 69), denn nur so entsteht ausreichend Erfahrungsaustausch, der bisher Nichtteilnehmende dazu ermutigt, die App zu nutzen und sich an der Diskussion zu beteiligen (vgl. Kiefer/Steininger, 2014, S. 160).

Grundsätzlich stellen Mood-Tracking-Apps Gesundheits-Apps dar, die im Bereich der Prävention dem Handlungsfeld Stress und Stressmanagement zugeordnet werden können. Dabei können Mood-Tracking-Apps sowohl die instrumentelle Stresskompetenz (Stressoren: Stimulus), die mentale Stresskompetenz (persönliche Stressverstärker: Einstellung/Bewertung) sowie die regenerative Stresskompetenz (Stressreaktion) stärken (vgl. Kaluza, 2018b, S. 197). Während es bei der instrumentellen Stresskompetenz darum geht, Stress zu verhindern, konzentriert sich die mentale Stresskompetenz darauf, durch die kritische Selbstreflexion eine Sensibilisierung für die individuellen stressverstärkenden Verarbeitungsmuster achtsam wahrzunehmen und stressmindernde sowie -förderliche Gedanken und Einstellungen zu entwickeln (vgl. Kaluza, 2018b, S. 130). Reine Mood-Tracking-Apps können aufgrund der Dokumentation und der damit verbundenen Auseinandersetzung mit dem eigenen Stimmungsbild insbesondere die mentale Stresskompetenz stärken. Umfangreiche Mood-Tracking-Apps enthalten darüber hinaus Hintergrundinformationen über die Entstehung und die Ursachen von negativen und positiven Stimmungen bis hin zu Anleitungen zur Überwindung von Stress (z. B. progressive Muskelrelaxation, Meditation) und negativen Stimmungen (z. B. Kurse zum Thema Grübeln, Aufbau von Selbstbewusstsein). Dies ist beispielhaft in Abb. 12.2 dargestellt.

<table>
<tr><th>Kompetenz-
bereich</th><th>Mentale
Stresskompetenz</th><th>Instrumentelle
Stresskompetenz</th><th>Regenerative
Stresskompetenz</th></tr>
<tr><td>Ansatzpunkt</td><td>Stressoren/
Stimulus</td><td>Stressverstärker:
Einstellung/Bewertung</td><td>Stressreaktion</td></tr>
<tr><td>Beispiele</td><td>Dein Wochenüberblick ...
<table>
<tr><td>KW 34</td><td>Arbeit</td><td>7,5</td></tr>
<tr><td></td><td>Finanzen</td><td>5,5</td></tr>
<tr><td></td><td>Freizeit</td><td>2,1</td></tr>
<tr><td></td><td>Ehe</td><td>3,6</td></tr>
<tr><td>KW 35</td><td>Arbeit</td><td>3,1</td></tr>
<tr><td></td><td>Finanzen</td><td>3,3</td></tr>
<tr><td></td><td>Freizeit</td><td>1,1</td></tr>
<tr><td></td><td>Ehe</td><td>2,6</td></tr>
<tr><td></td><td>Urlaub</td><td>1,5</td></tr>
</table></td><td>Deine Stimmung der
letzten Woche war ...
wütend
nachdenklich
positiv
sorgenvoll</td><td>Deine Kurse zur
aktiven Stressbewältigung
Umgang mit negativen Gedanken
Fantasiereise
Stress- und Zeitmanagement
Progressive Muskelentspannung</td></tr>
</table>

Abb. 12.2: Kompetenzbereich von Gesundheits-Apps im Handlungsfeld Stress (vgl. Lampert/Scherenberg, 2019, S. 30)

Diese Ausführungen haben gezeigt, dass Mood-Tracking-Apps in vielfältigen Formen und für unterschiedlichste Zielgruppen und Anwendungsgebiete auf dem Markt existieren. Doch damit von Mood-Tracking-Apps ein positiver gesundheitlicher Nutzen ausgehen kann, bedarf es der kritischen Reflexion der Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Alltagshelfer zur Stressdokumentation und -bewältigung.

12.3.3 Pro und Contra der Selbstvermessung via Mood-Tracking

Der gesundheitliche Nutzen von Mood-Tracking-Apps wird in der Wissenschaft sehr kontrovers diskutiert: Während Befürworter konstatieren, dass bereits die flüchtige Auseinandersetzung mit den eigenen Daten die Körperwahrnehmung schärft (vgl. Pritz, 2016, S. 143) und eine Sensibilisierung in Form einer Achtsamkeitsmeditation stattfindet (vgl. Wiedmann, 2016, S. 80), betonen Kritiker, dass es über die tatsächlichen Folgen, die Interpretation wiederkehrender Datenmuster und Pseudo-Korrelationen auf die eigene Körperwahrnehmung bisher nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse gibt (vgl. Feuchter, 2015, S. 244). Bekannt ist, dass traurige Stimmung, negative Emotionalität und Depression häufig miteinander verknüpft sind. Die emotionale Instabilität (vgl. Thompson et al., 2012, S. 4) und negative Emotion, wie Traurigkeit, Wut und Angst, sind Marker für das Auftreten und die Aufrechterhaltung von Depressionen (vgl. Thompson et al., 2012, S. 6 ff.), was für eine systematische Dokumentation des persönlichen Befindens mittels Mood-Tracking-Apps sprechen

kann. Lutchyn et al. (2015) fanden in ihrer Studie heraus, dass Mood-Tracker im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht allein genutzt wurden, um Emotionen zu dokumentieren und daraus Schlüsse für das eigene Verhalten zu ziehen, sondern dass sie zudem Mitarbeitern eine Plattform boten, um generell Emotionen mitzuteilen und miteinander über diese zu diskutieren (vgl. Lutchyn et al., 2015, S. 299). Demnach können Mood-Tracking-Apps eine neue Möglichkeit bieten, um in bestimmten Lebenswelten von Menschen (Settings) Empathie zu fördern und ein gegenseitiges Verständnis aufzubauen, damit auf diese Weise Konflikten proaktiv begegnet werden kann.

Kritisiert wird, dass sich viele Mood-Tracking-Apps im Vergleich zu konventionellen Stimmungs- und Stresstagebüchern durch ihre täglichen Push-Abfragen dem Nutzer regelrecht aufdrängen (vgl. Vormbusch/Kappler, 2018, S. 219). Damit versuchen Mood-Tracking-Apps, subjektiv empfundene Stimmungen zu objektivieren, da bei der Datenerhebung sowohl der Zeitpunkt der Messung, der Stimulus (Frage) als auch die Antwort (in Messkategorien) vorgegeben werden und sich daraus eine negative Beeinflussung der Antworten ergeben kann. Je störender die wiederkehrenden technischen Aufforderungen von Nutzern wahrgenommen werden, desto schlechter fällt die Antwortqualität aus (vgl. Vormbusch/Kappler, 2018, S. 220). Eine Vielzahl der Mood-Tracking-Apps weist zudem einen Mangel an Transparenz hinsichtlich des Umgangs mit sensiblen Daten auf, die Apps über die psychische Gesundheit ihrer Nutzer übermitteln (vgl. Robillard, 2019, S. 6). Wie professionell Mood-Tracking-Apps ausgestaltet werden, hängt u. a. davon ab, ob Experten sowie wissenschaftliche Erkenntnisse in den Entwicklungsprozess einbezogen wurden. Der Bundesverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) plädiert daher für mehr Qualität und hat zur Qualitätssicherung das Gütesiegel „Geprüftes psychologisches Online-Angebot“ entwickelt (vgl. BDP, 2019, o. S.). Eine Qualitätssicherung ist geboten, da auch die CE-Kennzeichnung keinesfalls eine Nutzenevaluation miteinschließt (vgl. Gießelmann, 2018, A538), sondern nur die Überprüfung der Selbstangaben innerhalb der App-Beschreibung und der Apps. Das Gütesiegel des BDP überprüft sowohl die Effektivität der Intervention, die psychologische Professionalität der an der App beteiligten Personen, den Datenschutz als auch die Transparenz und Nutzerfreundlichkeit bzw. Usability (vgl. BDP, 2019, o. S.). Damit von Gütesiegeln und Kennzeichnungen grundsätzlich Signalwirkungen ausgehen können, sollten solche Orientierungshilfen bei den Nutzern nicht nur bekannt sein, sondern auch von den Anbietern

genutzt werden. Dies scheint aktuell nicht der Fall zu sein, denn einer Studie zufolge werben weniger als 0,5 % (n = 41) von mehr als 8.700 deutschsprachigen Apps in den Kategorien „Gesundheit und Fitness“ sowie „Medizin“ mit einem Qualitätsvermerk. Dies ist umso erstaunlicher, da mindestens 100 der untersuchten Apps laut Siegelanbieter und den CE-Prüfstellen über ein Gütesiegel (z. B. HealthOn, DiaDigital, ePrivacy-App, Trusted-App) oder eine CE-Kennzeichnung verfügten (vgl. Albrecht et al., 2018, S. 5). Einen Überblick über professionell ausgestaltete Mood-Tracking-Apps zu gewinnen, ist auf dem dynamischen Markt für potenzielle Nutzer ein schwieriges Unterfangen, da ein öffentliches Verzeichnis für Gesundheits-Apps bis dato nicht existiert. Zwar ist in dem Entwurf des digitalen Versorgungsgesetzes (DVG) ein solches Verzeichnis angedacht, doch zum aktuellen Zeitpunkt erhält die Öffentlichkeit keine Erkenntnis darüber, welche Medizin-Apps bislang erfolgreich geprüft oder mit welchen Gründen – vom Bundesinstitut für Risikobewertung für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Paul-Ehrlich-Institut – abgelehnt wurden. Aufgenommen werden sollen zukünftig nur digitale Gesundheitsanwendungen, sofern diese einen positiven Versorgungseffekt durch eine herstellerunabhängige Einrichtung nachweisen können. Auf Probe (für zwölf Monate) können Gesundheits-Apps in das Verzeichnis nur dann aufgenommen werden, wenn eine spätere Nachweisführung auf Basis von Erprobungsergebnissen als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden kann (vgl. BMG, 2019, S. 15).

12.4 Fazit und Implikationen für Forschung und Praxis

Der vorliegende Beitrag hat gezeigt, dass Mood-Tracking-Apps hinsichtlich ihrer Ausprägungsform und der Ausgestaltung stark variieren können und die damit verbundenen Einsatzgebiete sehr unterschiedliche Potenziale für die psychische, körperliche und soziale Gesundheit der Nutzer sowie das soziale Umfeld bieten. Welche Potenziale Mood-Tracking-Apps grundsätzlich in sich bergen und welche Funktionalitäten genutzt werden, hängt dabei nicht nur von der Zielgruppe (und dem zugrunde liegenden psychischen Risikofaktor oder Krankheitsbild), sondern auch vom Setting, in dem sie eingesetzt werden (z. B. Arbeitsplatz), ab. Aus diesem Grund sind weitere (zielgruppen-)spezifische wissenschaftliche Langzeitstudien notwendig, um die Potenziale, den gesundheitlichen Mehrwert, aber auch mögliche Gefahren der Nutzung von Mood-Tracking-Apps näher zu beleuchten. Dabei sollte auf inhaltli-

cher Ebene überprüft werden, inwieweit Mood-Tracking-Apps die bisherigen wissenschaftlichen Stressmodelle und Perspektiven (vgl. Kap. 12.2.1), Erhebungsansätze (vgl. Kap. 12.2.3) und Bewältigungsansätze (vgl. Kap. 12.2.1) berücksichtigt werden. Die diagnostische Qualität und die testtheoretischen Eigenschaften – auch im Vergleich zu klassischen Instrumenten – sollten in entsprechenden Validierungsstudien empirisch untersucht werden. Bisherige Studien offenbaren, dass Aspekte zur Qualität und Qualitätssicherung von Gesundheits-Apps (vgl. Kap. 12.3.3) nicht nur stärker bei der Entwicklung berücksichtigt werden müssen, sondern dass Hinweise zur Qualitätssicherung den Nutzern (z. B. in der App-Beschreibung) stärker transparent gemacht werden sollten. Dies setzt voraus, dass gesundheitliche Experten sowie Nutznießer intensiver in den Entwicklungsprozess der jeweiligen App einbezogen werden sollten, um einen möglichen gesundheitlichen Nutzen und Mehrwert insbesondere gegenüber konventionellen Stresstagebüchern und Präventionsinterventionen kritisch zu reflektieren und zu erwirken.

Literatur

Albrecht, U. V./Hillebrand, U./Jan, U. von (2018). *Relevance of Trust Marks and CE Labels in German-Language Store Descriptions of Health Apps: Analysis*. JMIR Mhealth Uhealth, 6 (4), S. e10394, DOI:10.2196/10394.

BDP – Bundesverband deutscher Psychologinnen und Psychologen (2019). *Mehr Qualität bei psychologischen Gesundheitsangeboten im Internet – BDP vergibt Gütesiegel*. PR-Meldung vom 13.08.2019. https://www.bdp-verband.de/presse/pm/2019/bdp-vergibt-online-guetesiegel.html (10.09.2019).

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2015). *Orientierungshilfe Medical Apps*. https:// www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Abgrenzung/MedicalApps/ _node.html (10.09.2019).

Bitkom (2019). *Smartphone-Markt wächst um 3 Prozent auf 34 Milliarden Euro*. Pressemeldung vom 20.02.2019. https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Smartphone-Markt-waechst-um-3-Prozent-auf-34-Milliarden-Euro (10.09.2019).

Bitkom (2017). *Fast jeder Zweite nutzt Gesundheits-Apps*. PR-Meldung vom 05.05.2017. https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Fast-jeder-Zweite-nutzt-Gesundheits-Apps.html (10.09.2019).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/Digitale_Versorgung_Gesetz_-_RefEntwurf.pdf (10.09.2019).

Bode, M./Kristensen, D. B. (2015). *The digital doppelgänger within: a study on self-tracking and the quantified self movement*. In: Canniford, R./Bajde, D. (Hrsg.): Assembling Consumption: Researching actors, networks and markets. London: Routledge, S. 119–134.

Byrne, D. (1961). *The Repression-Sensitization Scale: Rationale, Reliability, and Validity*. Journal of Personality, (29), S. 334–349.

Caldeira, C./Chen, Y./Chan, L./Pham, V. et al. (2018). *Mobile apps for mood tracking: an analysis of features and user reviews*. AMIA Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium, 2017, S. 495–504.

Carver, C. S./Scheier, M. F./Weintraub, J. K. (1989). *Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach.* Journal of Personality and Social Psychology, (56), S. 267–283.

DeLongis, A./Folkman, S./Lazarus, R. S. (1988). *The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators*. Journal of Personality and Social Psychology, (54), S. 486–495.

Feuchter, M. (2015). *Gesundheitsdaten: Von der Selbstvermessung zum Versicherungsmarkt Health Data: From Self-Tracking to the Insurance Market.* Imago Hominis, 22 (4), S. 242–247.

Filipp, S.-H. (1995). *Kritische Lebensereignisse.* 3. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Folkman, S./Lazarus, R. S. (1988). *The Ways of Coping Questionnaire. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Fröhlich, G. (2019). *Die Geschichte medienbasierter Selbsttechnologie von Rousseau bis Runtastic.* In: Grenzel, P./Krotz, F./Wimmer, J./Winter, R. (Hrsg.): Das Vergessene Subjekt – Subjektkonstitutionen in medialisierten Alltagswelten. Wiesbaden: Springer, S. 207–226.

Gießelmann, K. (2018). *Medizinprodukte – Risikoklasse für Apps steigt.* Deutsches Ärzteblatt, 115 (12), S. A538.

Hobfoll, S. E. (1989). *Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress.* American Psychologist, (44), S. 513–524.

Holmes, T. H./Rahe, R. H. (1967). *The Social Readjustment Rating Scale.* Journal of Psychosomatic Research, (11), S. 213–218.

Janke, W./Erdmann, G./Kallus, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.

Kaluza, G. (2018a). *Gelassen und sicher im Stress*. 7. Auflage, Wiesbaden: Springer.

Kaluza, G. (2018b). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Wiesbaden: Springer.

Kanner, A. D./Coyne, J. C./Schaefer, C./Lazarus, R. S. (1981). *Comparisons of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Up-Lifts versus Major Life Events*. Journal of Behavioral Medicine, (4), S. 1–39.

Kiefer, M. L./Steininger, C. (2014). *Medienökonomie*. 3. Auflage. München: Oldenbourg.

Knight, E./Stuckey, M. I./Prapavessis, H./Petrella, R. J. (2015). *Public Health Guidelines for Physical Activity: Is There an App for That? A Review of Android and Apple App Stores.* JMIR Mhealth Uhealth, 3 (2), e43, doi:10.2196/mhealth.4003.

Knoll, N./Scholz, U./Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie.* 4. Auflage, München: Ernst Reinhardt.

Koch, W./Frees, B. (2018). *ARD/ZDF-Online-Studie 2018: Zuwachs bei medialer Internetnutzung und Kommunikation*. Media Perspektive, (9), S. 398–413.

Kuhn, S./Jungmann, S. M./ Jungmann, F. (2018). *Künstliche Intelligenz für Ärzte und Patienten – Googlen war gestern*. Deutsches Ärzteblatt, 115 (26), S. A1262–A1266.

Laudon, K. C./Laudon, J. P./Schoder, D. (2010). *Wirtschaftsinformatik – Eine Einführung*. 2. Auflage, München: Pearson Studium.

Laux, L. (1983). *Psychologische Stresskonzeptionen*. In: Thomae, H. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Serie Motivation und Emotion. Göttingen: Hogrefe, S. 453–535.

Lazarus, R. S. (1984). *Puzzles in the Study of Daily Hassles*. Journal of Behavioral Medicine, (7), S. 357–389.

Lazarus, R. S./Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Luo, H./Yang, D./Barszczyk, A. et al. (2019). *Smartphone-Based Blood Pressure Measurement Using Transdermal Optical Imaging Technology*. Circulation: Cardiovascular Imaging, doi: 10.1161/CIRCIMAGING.119.008857.

Lupton, D. (2016). *The Quantified Self*. Corydon: Polity Press.

Lutchyn, Y./Johns, P./Roseway, A./Czerwinski, M. (2015). *MoodTracker: Monitoring collective emotions in the workplace. In Proceedings of the 2015 International Conference on Affective Computing and Intelligent Interaction (ACII) (ACII '15)*. IEEE Computer Society, Washington, DC, USA, S. 295–301. DOI: https://doi.org/10.1109/ACII.2015.7344586.

McEwen, B. S. (2000). *Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology*. Neuropsychopharmacology, (22), S. 108–124.

McEwen, B. S. (2002). *Sex, Stress, and the Hippocampus: Allostasis, Allostatic Load, and the Aging Process*. Neurobiology of Aging, (23), S. 921–939.

Moglia, M. L./Castano, P. (2015). *A Review of Smartphone Applications Designed for Tracking Women's Reproductive Health*. Obstetrics & Gynecology, 125 (1), S. 1–41.

Pritz, S. (2016). *Mood Tracking. Zur digitalen Selbstvermessung der Gefühle.* In: Selke, S. (Hrsg.): Lifelogging. Digitale Selbstvermessung und Lebensprotokollierung zwischen disruptiver Technologie und kulturellem Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 127–150.

Rampp, T. (2018). *Schmerz-Zentrum Kliniken Essen-Mitte: Integrative Versorgung von Kopf- und Rückenschmerzpatienten*. In: Dobos, G./Paul, A. (Hrsg.): Mind-Body-Medizin – Integrative Konzepte zur Ressourcenstärkung und Lebensstilveränderung. 2. Auflage, München: Elsevier, S. 221–224.

Renneberg, B./Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.

Robillard, J. M./Feng, T. L./Sporn, A. B./Lai, J. A. et al. (2019). *Availability, readability, and content of privacy policies and terms of agreements of mental health apps*. Internet interventions, (17), 100243, doi:10.1016/j.invent.2019.100243.

Satow, L. (2012). *Stress- und Coping-Inventar (SCI): Test- und Skalendokumentation.* http://www.drsatow.de (20.09.2019).

Scheermesser, M./Meidert, U. (2018). *Nutzerverhalten und -motive.* In: Meidert, U./Scheermesser, M./Prieur, Y./Hegyi, S. et al. (Hrsg.): Quantified Self – Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin. Zürich: vdf Hochschulverlag, S. 79–106.

Scherenberg, V. (2019). *Prävention via Lifelogging: Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Selbstvermessung*. In: Dockweiler, C./Fischer, F. (Hrsg.): ePublic-Health – Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld. Göttingen: Hogrefe, S. 475–486.

Scherenberg, V. (2018). *App-Motivation: Präventions-Apps und ihre motivationalen Anreizkomponenten*. Gesundheitsförderung KONKRET Band 22: Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihre Organisationen. Köln: BzGA, S. 19–31.

Scherenberg, V./Lampert, C. (2019). *HealthApps4Teens Report. Report über Gesundheits-Apps für Jugendliche im Auftrag der Techniker Krankenkasse.* (in Veröffentlichung).

Schulz, P./Schlotz, W./Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress*. Göttingen: Hogrefe.

Selke, S. (2016). *Lifelogging zwischen disruptiver Technologie und Kulturwandel*. In: Selke, S. (Hrsg.): Lifelogging – Digitale Selbstvermessung und Lebensprotokollierung zwischen disruptiver Technologie und Kulturwandel. Wiesbaden: Springer, S. 1–21.

Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. Überarbeitete Auflage, New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1946). *The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation*. Journal of Clinical Endocrinology, (6), S. 117–230.

Shcherbina, A./Mattsson, C. M./Waggott, D./Salisbury, H. et al. (2017). *Accuracy in wrist-worn, sensor-based measurements of heart rate and energy expenditure in a diverse cohort*. Journal of Personalized Medicine, 7 (2), pii: E3.

Thompson, R. J./Mata, J./Jaeggi, S. M./Buschkuehl, M. et al. (2012). *The everyday emotional experience of adults with major depressive disorder: Examining emotional instability, inertia, and reactivity*. Journal of Abnormal Psychology, 121 (4), S. 819–829, doi:10.1037/a0027978.

Vormbusch, U./Kappler, K. (2018). *Leibschreiben. Zur medialen Repräsentation des Körperleibes*. In: Mämecke, T./Passoth, J.-H./Wehner, J. (Hrsg.): Bedeutende Daten. Modelle, Verfahren und Praxis der Vermessung und Verdatung im Netz. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 207–232.

Wallace, L. S./Dhingra, L. K. (2014). *A systematic review of smartphone applications for chronic pain available for download in the United States*. J Opioid Manag, 10 (1), S. 63–68.

Wendt, S. (2012). *Strategisches Portfoliomanagement in dynamischen Technologiemärkten.* Wiesbaden: Springer.

Wiedmann, L. (2016). *Datensätze zur Selbstkontrolle – Daten verkörpern und Leib vergessen?* In: Selke, S. (Hrsg.): Lifelogging. Digitale Selbstvermessung und Lebensprotokollierung zwischen disruptiver Technologie und kulturellem Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 65–96.

Wohlers, K./Hombrecher, M. (2016). *Entspann Dich Deutschland – TK Stressstudie 2016*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

13 Körperliche Aktivität, Sport und psychische Gesundheit: Ressourcen stärken und Erkrankungen vermeiden

JOHANNA BELZ; CHLOÉ CHERMETTE; HANNA RAVEN; JENS KLEINERT

In diesem Beitrag wird die positive Wirkung von körperlicher Aktivität und Sport sowohl aus gesundheitsförderlicher und ressourcenorientierter Perspektive (Salutogenese) als auch aus der krankheitsorientierten Perspektive (Pathogenese) betrachtet. Hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen Wirkung können körperliche Aktivität und Sport die verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen einer Person stärken und somit ihre psychische Gesundheit positiv beeinflussen. Im ersten Teil des Beitrags wird daher im Speziellen beleuchtet, wie körperliche Aktivität und Sport in Beziehung zu Aspekten der Persönlichkeit und des Selbst, zum Wohlbefinden und zu sozialen Faktoren stehen. Gemäß der pathogenetischen Perspektive können körperliche Aktivität und Sport krankheitserzeugende Faktoren reduzieren sowie als therapeutische Maßnahmen bei psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang werden im zweiten Teil des Beitrags körperliche Aktivität und Sport in Beziehung zu Stress, Depressionen, Burn-out und Abhängigkeitserkrankungen gesetzt.

Die positive Wirkung von körperlicher Aktivität und Sport auf die psychische Gesundheit wurde vielfach empirisch bestätigt (vgl. Biddle/Mutrie, 2008; Conn, 2010; Cooney et al., 2013). Diese Wirkung kann aus den Perspektiven der Salutogenese oder der Pathogenese betrachtet werden. Das Konzept der *Salutogenese* wurde von dem Medizinsoziologen Antonovsky (1979) begründet und setzt sich mit Prozessen auseinander, die die Gesundheit aufrechthalten und fördern (d. h. Gesundheitsförderung). Laut Antonovsky (1979) basiert der Grad der Gesundheit auf „einem mehr oder weniger erfolgreichen Spannungsmanagement" (Hölter, 2011, S. 56) zwischen Risiken (Stressoren) und Schutzfaktoren (Ressourcen). Die Perspektive der *Pathogenese* dagegen beschäftigt sich mit der Entstehung und Prävention von Erkrankungen. Beiden Perspektiven liegen gegensätzliche Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit zugrunde. Während aus der salutogenetischen Sichtweise Gesundheit und Krankheit

die beiden Enden eines Kontinuums darstellen, ist Krankheit aus der pathogenetischen Sichtweise die Abweichung vom Normalfall (vgl. Bock, 1997).

Der Begriff *körperliche Aktivität* (engl.: physical activity) wird im vorliegenden Beitrag als Oberbegriff für jede körperliche Aktivität, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt, genutzt (vgl. Caspersen et al., 1985, S. 126). Die Begriffe *körperliche Aktivität* und *Bewegung* werden im Text synonym verwendet. Der Begriff *Sport* gilt als Untergruppe der körperlichen Aktivität, für die „traditionell insbesondere körperliche Leistung, Wettkampf und Spaß an der Bewegung typisch sind“ (Rütten, 2005, S. 7).

13.1 Ressourcenorientierte Förderung der psychischen Gesundheit durch körperliche Aktivität und Sport

Körperliche Aktivität und Sport können eine gesundheitsförderliche Wirkung haben, indem sie die verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen einer Person stärken und somit die psychische Gesundheit positiv beeinflussen. In den folgenden Abschnitten wird beschrieben, wie körperliche Aktivität und Sport in Beziehung zu Aspekten der Persönlichkeit und des Selbst, zum Wohlbefinden und zu sozialen Bezügen stehen.

13.1.1 Persönlichkeit und Selbst

Der positive Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die psychische Gesundheit ist gut belegt (vgl. Schwarzer, 2004; Landmann et al., 2007; Klaperski et al., 2012), wobei der Persönlichkeit und dem Selbst eine zentrale Rolle zugeschrieben wird (vgl. Stathopoulou et al., 2006). Im Hinblick auf mögliche Wirkmechanismen, die den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die psychische Gesundheit erklären, sind hierbei vor allem das Selbst- und Körperkonzept, Kontrollüberzeugungen sowie Selbstwirksamkeitserwartungen als Moderatoren zu nennen.

Das Selbstkonzept beschreibt die Einstellung eines Menschen zu sich selbst und enthält damit die „affektiv-evaluative Bewertung der eigenen Person“ (Dickhäuser, 2006, S. 99). Dieser bewertende Anteil des Selbstkonzepts wird auch als Selbstwert oder Selbstwertgefühl bezeichnet. Das Körperkonzept oder physische Selbstkonzept wird als der Teil des Selbstkonzepts verstanden, der die Einstellung zum eigenen Körper repräsentiert (vgl. Alfermann/Wagner, 2006). Beide scheinen mit Wohlbefin-

den und psychischer Gesundheit zusammenzuhängen. So zeigt ein systematisches Review, dass die Verbesserung der körperlichen Fitness häufig eine Erhöhung des globalen Selbstwertgefühls zur Folge hat, wenn auch mit eher geringen Effektstärken (vgl. Spence et al., 2005). Dieses erhöhte Selbstwertgefühl kann sich wiederum positiv auf die Handlungsauswahl und dadurch letztendlich auch auf Handlungserfolge auswirken: Eine Person, die sich auf körperlicher Ebene stark fühlt, traut sich möglicherweise auch in anderen Lebensbereichen mehr zu. Dieser Positivkreislauf könnte die psychische Gesundheit längerfristig gesehen günstig beeinflussen.

Unter Kontrollüberzeugungen werden generalisierte Erwartungshaltungen einer Person bezüglich der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit von Ereignissen verstanden (vgl. Krampen, 1991). Ursprünglich von Rotter (1975) im Rahmen der sozialen Lerntheorie beschrieben, sind Kontrollüberzeugungen für die Handlungsregulation ausschlaggebend: Werden Ereignisse oder Handlungsergebnisse den eigenen Fähigkeiten, Eigenschaften oder der Anstrengungsbereitschaft zugeschrieben (attribuiert), wird dies als internale Kontrollüberzeugung bezeichnet, wenn dagegen Glück, Schicksal oder der Einfluss anderer Personen verantwortlich gemacht werden, wird dies als externale Kontrollüberzeugung definiert (vgl. Rotter, 1975; Krampen, 2000). Ein kognitiv-orientierter Erklärungsansatz für den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität, Sport und Wohlbefinden ist die sogenannte „generalisierte Kontrollüberzeugung". Sie geht davon aus, „dass Ausdauersport die Stressvulnerabilität längerfristig mindert" (Schlicht, 1995, S. 79), da das erfolgreiche Meistern von Anforderungen im Kontext Sport das Gefühl vermittelt, auch in anderen Lebensbereichen Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Eine internale Kontrollüberzeugung wird also im Kontext Sport erworben und auf andere Lebensbereiche übertragen. Trotz der Plausibilität stehen empirische Belege hierfür noch aus (vgl. Schlicht, 1995).

Neben Kontrollüberzeugungen, die sich auf Handlungsergebnisse beziehen, können auch Selbstwirksamkeitserwartungen als Erklärungsmodell herangezogen werden (vgl. Peluso/Andrade, 2005). Hierunter versteht man das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, vor allem auch dann, wenn Schwierigkeiten auftreten (vgl. Bandura, 1997). Sie bilden den Teil des Selbstkonzepts, der sich auf die eigenen Fähigkeiten bezieht, und werden den personalen Ressourcen zugeordnet (vgl. Schwarzer/Jerusalem, 2002; Fuchs/Klaperski, 2018). Durch positiv erlebte Handlungen im Sport, die zunächst als schwierig erlebt wurden, wird laut diesem Erklärungsmodell also

das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt, was sich positiv auf Stimmung und Wohlbefinden auswirkt (vgl. Peluso/Andrade, 2005). Die genauen Wirkmechanismen zwischen körperlicher Aktivität, Sport und Selbstwirksamkeitserwartungen scheinen wechselseitig und komplex zu sein und sind noch nicht hinreichend erforscht (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018).

Umgekehrt zeigen sich Einflüsse bestimmter Persönlichkeitseigenschaften auf das Sport- und Bewegungsverhalten: Aus persönlichkeitspsychologischer Sicht gibt es Unterschiede in den Ausprägungen der sogenannten Big-5-Persönlichkeitsdimensionen (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit) (vgl. McCrae/Costa/Thomas, 2005) und der Affinität zu körperlicher Aktivität und Sport. So hängen hohe Ausprägungen in den Dimensionen Extraversion und Gewissenhaftigkeit positiv mit körperlicher Aktivität zusammen, während Neurotizismus negativ assoziiert ist (vgl. Courneya/Hellsten, 1998). Motivationale Prozesse, die aus den unterschiedlichen Persönlichkeitsdimensionen entstehen, scheinen hier ausschlaggebend zu sein, wie Ingledew/Markland (2008) belegen. Neurotizismus erhöht demnach das Motiv zum Sporttreiben im Bereich von „körperlicher Erscheinung und Gewicht“, während Offenheit für Erfahrungen eher Gesundheits- und Fitnessmotive erhöht (vgl. Ingledew/Markland, 2008). Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen beeinflusst also offenbar die Motive zum Sporttreiben, was hohe interindividuelle Unterschiede in der Motivation zu körperlicher Aktivität und Sport erklären kann.

Die dargestellten Befunde über durch körperliche Aktivität und Sport positiv beeinflusste Zusammenhänge zwischen einem positiven Selbst- und Körperkonzept, einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung und einer internalen Kontrollüberzeugung auf der einen und psychischer Gesundheit auf der anderen Seite werden in Praxiskonzepten für unterschiedliche Lebensbereiche umgesetzt, beispielsweise der Behandlung von Angststörungen und Depressionen (vgl. Rebar et al., 2015), der Verbesserung des psychischen und physischen Wohlbefindens in der Krebstherapie (vgl. Mishra et al., 2014) und im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Eriksen et al., 2002).

13.1.2 Wohlbefinden

Wohlbefinden ist für die Gesundheit von höchster Relevanz. Insbesondere psychische Gesundheit wird aus einer naiven Betrachtung oftmals mit „sich gut fühlen" oder „sich wohl fühlen" gleichgesetzt. Das heißt, Menschen beschreiben sich vor allem dann als psychisch gesund, wenn Wohlbefinden (d. h. positives Befinden) gegenüber Missbefinden (d. h. negativem Befinden) überwiegt (vgl. Bengel/Belz-Merk, 1997). Aus wissenschaftlicher Perspektive ist die Verbindung zwischen psychischer Gesundheit und positivem Befinden theoretisch darin begründet, dass das Befinden eine Folge von Prozessen ist, die zugleich psychische Gesundheit bestimmen (z. B. Befriedigung von Bedürfnissen, Lebenszufriedenheit). Das Befinden ist also sowohl subjektiv als auch im Rahmen der wissenschaftlichen Betrachtung der wichtigste Zugang (und Indikator) für Veränderungen der psychischen Gesundheit (vgl. Grawe, 1998) und der Lebensqualität (vgl. Höner/Demetriou, 2012).

Terminologisch und strukturell lässt sich das Befinden auf mindestens zwei Ebenen unterscheiden, nämlich auf der zeitlichen und der inhaltlichen Ebene (vgl. Abele/Becker, 1991). Auf der zeitlichen Ebene wird aktuelles (d. h. momentanes) Befinden von habituellem Befinden (d. h. zeitlich überdauernd) unterschieden. Auf inhaltlicher Ebene lässt sich körperliches Befinden (z. B. Schmerzen, muskuläres Wohlgefühl) und psychisches Befinden (z. B. Freude, Ärger) unterscheiden. Darüber hinaus wird habituelles psychisches Befinden als Stimmung und aktuelles psychisches Befinden als Affekt (auch „Gefühlslage") bezeichnet (vgl. Ekkekakis/Backhouse, 2014). Eine Besonderheit stellt das soziale Befinden dar, das grundsätzlich dem aktuellen bzw. habituellen psychischen Befinden entspricht, aber anlässlich sozialer Bedingungen oder Interaktionen entsteht (vgl. Pels/Kleinert, 2016a).

Der überwiegende Anteil der Forschung zu Befinden und körperlicher Aktivität betrachtet die Reduktion von Missbefinden (z. B. Beschwerden, Schmerzen) bzw. von negativ konnotierten Emotionen und Gefühlslagen (z. B. Stress, Gereiztheit, Depressivität) (vgl. Weinberg/Gould, 2007). Wohlbefinden wird hierbei als Reduktion von Missbefinden betrachtet. Die Wohlbefindensforschung im engeren Sinne, d. h. die Erhöhung positiven Befindens durch Sport, ist seltener zu finden.

Trotzdem ist in den letzten Jahrzehnten auch zur Verbesserung des positiven Befindens eine Vielzahl von Studien und Übersichtsarbeiten erschienen. Biddle (2000) berichtet von 20 Übersichtsarbeiten zum positiven Effekt auf Befinden, bemängelt

aber zugleich die Qualität der Designs, insbesondere die geringe Anzahl an experimentellen oder kontrollierten Interventionsstudien. In vielen dieser Arbeiten lässt sich das körperliche und psychische Befinden nicht eindeutig trennen, da die meisten Befindensparameter beide Dimensionen berühren (z. B. Vitalität, Energiegefühl, Wachheit, Aktiviertheit) (vgl. Weinberg/Gould, 2007). Im Vergleich verschiedener Dimensionen zeigen Metaanalysen insbesondere für das Empfinden von Kraft bzw. Stärke (engl.: vigor) positive (aber eher niedrige bis mittlere) Effekte (vgl. Biddle, 2000).

Zudem lässt sich durch die Übersichtsarbeiten die bereits in den 1980er-Jahren dokumentierte Erkenntnis belegen, dass das *aktuelle Befinden* durch körperliche und sportliche Aktivität stärker verbessert wird als das habituelle Befinden (vgl. Folkins/Sime, 1981). Eine Metaanalyse von Reed/Ones (2006) an 158 Studien konnte mittlere bis starke positive Effekte auf das aktuelle Befinden zeigen. Auch im Bereich des sozialen Befindens lassen sich positive Effekte belegen (vgl. Pels/Kleinert, 2016a), obwohl die Forschungslage hier deutlich weniger aussagekräftig ist.

Die Forschungslage zum Effekt von körperlicher Aktivität und Sport auf das *habituelle Befinden* ist im Vergleich zum aktuellen Befinden weniger umfangreich und konsistent. Grundsätzlich zeigen sich positive Effekte (vgl. Paluska/Schwenk, 2000; Seiler/Birrer, 2001), jedoch sind die Definition und Messung von habituellem Befinden sehr unterschiedlich und daher kaum vergleichbar. Neben dem Befinden im engeren Sinne wird in den Studien die Einschätzung der Gesundheit, die Gesundheitszufriedenheit oder auch die Selbstwirksamkeit und der Selbstwert als Befindensmaß herangezogen.

Ein entscheidender Forschungsbereich widmet sich der Frage nach den *Bedingungen* von körperlicher Aktivität und Sport, die die Effekte auf eine Verbesserung des Befindens beeinflussen (d. h. moderieren oder mediieren). Vor allem die Form, Intensität und Länge der Sportaktivität wurden untersucht. Hinsichtlich der Form der Aktivität hat aerobes Training zumeist stärkere Effekte als Kraft- oder Koordinationstraining (vgl. Seiler/Birrer, 2001; Netz et al., 2005; Reed/Ones, 2006), möglicherweise aber auch deshalb, weil die Forschungslage zu aerobem Training am größten ist (vgl. Reed/Ones, 2006). Entscheidend ist auch die subjektive Bewertung: Wenn Aktivität positiv und angenehm wahrgenommen wird, zeigen sich stärkere Effekte (vgl. Berger/Motl, 2000). Hinsichtlich der Belastungsintensitäten zeigen zumeist mittlere (teils niedrige) Intensitäten Vorteile gegenüber hohen Intensitäten (vgl. Biddle, 2000);

außerdem gibt es Hinweise, dass zu langes Training (deutlich mehr als eine halbe Stunde) Nachteile hat (vgl. Reed/Ones, 2006). Schließlich scheint die Ausgangslage wichtig zu sein: Je niedriger der Ausgangswert des Befindens, desto deutlicher sind positive Effekte (vgl. Seiler/Birrer, 2001) und selbstgewähltes Training scheint Vorteile gegenüber vorgegebenem Training zu haben (vgl. Ekkekakis/Backhouse, 2014).

Die Frage der *Kausalität*, d. h. warum und wie positive Befindenseffekte im Sport oder bei körperlicher Aktivität entstehen, ist empirisch immer noch weitgehend unbeantwortet (vgl. Biddle, 2000; Weinberg/Gould, 2007). Insbesondere Querschnittstudien vermischen Befindenseffekte mit Motivationseffekten (d. h. Sport führt nicht zu positivem Befinden, sondern positives Befinden führt zu Sporttreiben). Auch die moderierenden Einflüsse von Bedürfnisbefriedigung (soziale Interaktion, Kompetenzerleben), dem Selbstwert und Selbstkonzept, letztlich aber auch von körperlichen (hormonellen, psychovegetativen) Prozessen sind nur teilweise erforscht. Zudem werden in Forschungsdesigns verschiedene und gute theoretische Ansätze (z. B. die Unterscheidung körperlicher, psychischer und meditativer Erklärungsmodelle) (vgl. Schlicht, 1995; Paluska/Schwenk, 2000) nicht konsequent umgesetzt.

Unklar sind auch die Stellenwerte von sozialen Prozessen, Eigenschaften der Person und von Zielgruppen. In Hinsicht auf *soziale Prozesse* (soziale Interaktion, Anerkennung, Integration, soziale Identität) zeigen sich einzelne Belege für ihren Einfluss auf die Verbesserung von Befinden durch Sport (vgl. Pels/Kleinert, 2016a), allerdings ist die Studienlage unzureichend, was auch daran liegt, dass soziale Sportaktivitäten (z. B. Sportspiele) nur selten untersucht werden. Wenig erforscht ist auch der Einfluss von *Eigenschaften* (traits) auf die Veränderung des aktuellen Befindens (state) (vgl. Netz et al., 2005), obwohl hier Zusammenhänge nachweisbar sind (vgl. Kleinert/Tietjens, 2014). Schließlich werden verschiedene *Zielgruppen* (Alter, Geschlecht, Krankheitsbild) zwar untersucht, aber nicht systematisch verglichen (vgl. Biddle, 2000; Paluska/Schwenk, 2000; Netz et al., 2005). Zusammengefasst zeigen die dargestellten Forschungslücken, dass immer noch zu häufig das *Was* untersucht wird und weniger das *Wie*.

13.1.3 Soziale Bezüge

In der Gesundheitsförderung wird häufig postuliert, dass Sport soziale Faktoren positiv beeinflusst. Während die Evidenzen für psychische und physische Effekte gut

belegt sind (vgl. Bouchard et al., 2007), sind Effekte auf soziale Faktoren wissenschaftlich lediglich in Ansätzen verifiziert (vgl. Sudeck/Schmid, 2012).

Soziale Faktoren werden als die sozialen Beziehungen eines Menschen verstanden, die als Ressourcen Einfluss auf die Gesundheit haben (vgl. Newman/Roberts, 2013). Cohen (2004) stellt in diesem Zusammenhang drei wesentliche Aspekte sozialer Beziehungen dar: soziale Integration, soziale Unterstützung und negative Interaktionen. Im Sportkontext können weiterhin die wahrgenommene Gruppenkohäsion als Form der sozialen Beziehung (vgl. Burke et al., 2008) sowie die Befriedigung des Bedürfnisses nach Eingebundenheit (vgl. Deci, 2008) genannt werden.

Die *soziale Integration* beschreibt hauptsächlich strukturelle Aspekte von sozialen Beziehungen, d. h. die Existenz und Charakteristiken von sozialen Kontakten im Sinne eines sozialen Netzwerkes (vgl. Pels/Chermette, 2019). Im Sportkontext wären Indikatoren für die soziale Integration die Zugehörigkeit zu Sportorganisationen (vgl. Breuer et al., 2008) sowie auch die Identifikation mit einer Sportgruppe (vgl. Zepp/Kleinert, 2015). Untersuchungen zeigen, dass sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Gesundheitssportangeboten mit ihren Gruppen in hohem Maße identifizieren (vgl. Pels/Kleinert, 2016a). Die durch die Teilnahme an Sportangeboten entstandene Identifikation mit einer Sportgruppe ist somit ein Indiz für die positive Wirkung von Sport auf die soziale Integration.

Das Konstrukt der *sozialen Unterstützung* beschreibt eher funktionelle Aspekte (z. B. emotionale Unterstützung, instrumentelle Unterstützung) sozialer Beziehungen (vgl. Pels/Chermette, 2019). Bezüglich der Auswirkungen von körperlicher Aktivität und Sport auf die wahrgenommene soziale Unterstützung zeigt sich eine inkonsistente Studienlage. Während Shvedko et al. (2018) bei älteren gesunden und erkrankten Menschen über 60 Jahren keine Effekte körperlicher Aktivität (vornehmlich aerobes Ausdauertraining mit leichter bis mittlerer Intensität für Erkrankte sowie auch starker Intensität für Gesunde) auf die wahrgenommene soziale Unterstützung finden konnten, berichten Sehridan et al. (2014) im Jugendsport von Effekten körperlicher Aktivität in unterschiedlichen Settings (von Leistungssport bis Freizeitsport) auf die wahrgenommene Unterstützung von Trainerinnen und Trainern.

Die *negativen Interaktionen* werden als die sozialen Beziehungen verstanden, die die Gesundheit belasten (vgl. Newman/Roberts, 2013). Soziale Isolation und Einsamkeit werden in diesem Zusammenhang als besonders gesundheitsschädigend betrachtet (vgl. Cacioppo/Cacioppo, 2014). Einsamkeit „bedeutet, subjektiv einen

Mangel in der Qualität der persönlichen Sozialbeziehungen zu empfinden" (Pels, 2014, S. 1). Die systematische Forschungsübersicht von Pels/Kleinert (2016b) kommt zu dem Ergebnis, dass körperliche Aktivität zur Reduktion von Einsamkeit beitragen kann. Jedoch sind diese positiven Effekte abhängig von der Qualität der Sozialbeziehungen, die im Kontext „körperliche Aktivität" gelebt werden.

Bei der *wahrgenommenen Gruppenkohäsion* handelt es sich um ein multidimensionales sowie dynamisches Konstrukt, das den Zusammenhalt einer Gruppe und die Eingebundenheit des Einzelnen bezüglich der Gruppenaufgabe und bezüglich sozialer Aspekte beschreibt (vgl. Carron et al., 1998). Forschungsarbeiten zeigen, dass die Teilnahme an Sportangeboten zu Kohäsionsempfinden führen kann (vgl. Burke et al., 2008; Kleinknecht et al., 2014). Weiterhin können Studien belegen, dass das Kohäsionsempfinden in Abhängigkeit der Dauer der Gruppenzugehörigkeit steigt (vgl. Dunlop et al., 2013).

Die Theorie der psychologischen Grundbedürfnisse (vgl. Ryan/Deci, 2000) postuliert, dass die Befriedigung des *Bedürfnisses nach Verbundenheit* neben der Befriedigung der Bedürfnisse nach Autonomie und Kompetenz zur psychischen und physischen Gesundheit beiträgt und diese positiv beeinflusst (vgl. Deci, 2008). Das Bedürfnis nach Verbundenheit entspricht dem Gefühl, mit bedeutsamen Anderen in sicherer Art und Weise verbunden zu sein sowie von diesen respektiert zu werden. In ihrer systematischen Übersichtsarbeit kommen Teixeira et al. (2012) zu dem Schluss, dass es weder einen positiven noch einen negativen Zusammenhang zwischen der Sportaktivität im Rahmen von Gesundheitssportangeboten und der Befriedigung des Bedürfnisses nach Verbundenheit gibt. Andere Forschungsarbeiten zeigen, dass die Befriedigung des Bedürfnisses nach Verbundenheit im Rahmen körperlicher Aktivität in Abhängigkeit des Übungsleiterverhaltens (autonomiefördernd) positiv beeinflusst werden kann (vgl. Adie et al., 2008). Ähnliche Ergebnisse werden auch im schulischen Kontext berichtet (vgl. Standage et al., 2006).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es positive Effekte körperlicher Aktivität auf ausgewählte soziale Faktoren gibt, in der Zukunft jedoch differenzierte systematische Interventions- und Evaluationsstudien notwendig sind, um diese Effekte wissenschaftlich zu untermauern.

13.2 Körperliche Aktivität und Sport in der Prävention und Therapie von psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen

Gemäß der pathogenetischen Perspektive können körperliche Aktivität und Sport krankheitserzeugende Faktoren reduzieren sowie als therapeutische Maßnahmen bei psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang werden in den folgenden Abschnitten körperliche Aktivität und Sport in Beziehung zu Stress, Depressionen, Burn-out und Abhängigkeitserkrankungen gesetzt.

13.2.1 Stress

Laut der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus/Folkmann (1984) entsteht Stress dann, wenn eine Person sich mit internen oder externen Anforderungen konfrontiert sieht, die die wahrgenommenen zur Verfügung stehenden Ressourcen voll beanspruchen oder übersteigen. Es wird davon ausgegangen, dass es individuelle Unterschiede in der Stressreaktion gibt und dass hierbei kognitive Bewertungsprozesse eine wichtige Rolle spielen (vgl. Lazarus/Folkman, 1984).

Die stressregulative Wirkung von körperlicher Aktivität und Sport wurde in einer Reihe von Bevölkerungs-, Querschnitt-, Längsschnitt- und Laborstudien untersucht (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018; Klaperski, 2018). Im Speziellen zeigte eine amerikanische Bevölkerungsstudie mit 32.000 Teilnehmenden, dass Personen mit einem durchschnittlichen Energieverbrauch von über 3,0 kcal/kg/Tag durch körperliche Aktivität und Sport ein geringeres Stressempfinden im Vergleich zu Personen mit niedrigerem Energieverbrauch aufweisen (vgl. Aldana et al., 1996). Weitere Bevölkerungsstudien bestätigen, dass Personen, die körperlich aktiver sind, ein niedrigeres Stressempfinden berichten als weniger aktive Personen (vgl. Klaperski, 2018). Auch bei einem Überblick von Querschnittstudien mit kleinerer Stichprobengröße offenbart die Mehrheit der Studien einen kleinen bis moderaten negativen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Sport und wahrgenommenem Stresslevel. Hierbei zeichnen sich stärkere Effekte bei höherer Intensität und Frequenz der Trainingseinheiten ab (vgl. Klaperski, 2018). Zudem weisen die Ergebnisse verschiedener Längsschnittstudien darauf hin, dass körperliche Aktivität und Sport das Stressniveau reduzieren können (vgl. Schnohr et al., 2005; Jonsdottir et al., 2010). Auch hier

zeigen sich stärkere stressreduzierende Effekte bei moderaten bis intensiven Trainingseinheiten (vgl. Jonsdottir et al., 2010).

Aussagen über die Richtung der Beziehung können anhand von Quer- und Längsschnittstudien nicht getroffen werden, weshalb experimentelle Studien in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle einnehmen (vgl. Klaperski, 2018). In einer systematischen Übersichtsarbeit über randomisierte kontrollierte Studien berichtet Klaperski (2018), dass in sechs von elf Studien ein signifikanter Effekt von körperlicher Aktivität und Sport auf wahrgenommenen Stress in gesunden Personengruppen gefunden wurde (vgl. Castro et al., 2002; Hopkins et al., 2012). Klaperski (2018) kritisiert in ihrer Übersichtsarbeit den Mangel an Untersuchungen zu Unterschieden in Sportarten hinsichtlich ihrer stressregulativen Effekte. Bezüglich des Trainingssettings zeigt sich, dass Heimtraining Stress effektiver reduziert als das Training im Fitnessstudio. Klaperski (2018) begründet diesen Befund mit dem zeitlichen und organisatorischen Aufwand, der mit dem Training im Fitnessstudio verbunden ist.

Im Hinblick auf die umgekehrte Wirkrichtung führt hoher wahrgenommener Stress zu einer Verringerung des Trainings- und Bewegungsverhaltens, wie eine systematische Literaturübersicht darlegte (vgl. Stults-Kolehmainen/Sinha, 2014). Ein geringerer Bewegungsumfang konnte auch bei Kindern nach akutem Stress (vgl. Roemmich et al., 2003) und bei Studierenden während einer Prüfungsphase (vgl. Oaten/Cheng, 2005) beobachtet werden.

Um die zugrunde liegenden Mechanismen des negativen Zusammenhangs zwischen körperlicher Aktivität bzw. Sport und Stress zu erklären, wurde das Modell der stressregulativen Wirkweisen der körperlichen Aktivität (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018) entwickelt. Dieses Modell postuliert vier verschiedene stressregulative Wirkweisen: Körperliche Aktivität kann schon während der Stressentstehung präventiv wirken und zum einen *stressorreduzierend* und zum anderen *ressourcenstärkend* sein. Hinsichtlich der Stressorreduzierung dient körperliche Aktivität als aktive, problemfokussierte Bewältigungsmaßnahme gegen Stressentstehung. Auf der anderen Seite kann körperliche Aktivität ressourcenstärkend sein, indem sie persönliche oder soziale Ressourcen wie die Selbstwirksamkeit oder die wahrgenommene soziale Unterstützung stärkt. In der Konsequenz werden zur Verfügung stehende Ressourcen bei der Konfrontation mit stressauslösenden Situationen vorteilhafter eingeschätzt. Als dritte Wirkweise kann körperliche Aktivität bei der *Stressbewältigung* wirksam sein, indem sie kognitive und affektive Stressreaktionen reduziert und dadurch deren

gesundheitsschädliche Auswirkungen abpuffert. Als vierter Wirkungspfad wird der Einfluss von körperlicher Aktivität auf die *gesundheitlichen Konsequenzen* der Stressverarbeitung betrachtet. In diesem Zusammenhang wird körperlicher Aktivität eine gesundheitsstärkende Wirkung zugeschrieben, denn regelmäßig körperlich aktive Personen leiden trotz chronisch hohen Stresses seltener unter negativen gesundheitlichen Konsequenzen (vgl. Hölter, 2011; Fuchs/Klaperski, 2018).

Sport- und Bewegungsprogramme mit stressregulativer Wirkung können an unterschiedlichen Stellen der zuvor beschriebenen Stress-Gesundheits-Beziehung ansetzen (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018). Theoretisch fundierte, systematisch geplante und wissenschaftlich evaluierte Sport- und Bewegungsprogramme mit dem Ziel der Stressregulation stehen gerade in ihren Anfängen. Demnach kann zu diesem Zeitpunkt noch keine klare Aussage zu deren Praktikabilität und Effektivität getroffen werden (vgl. Sime, 2007; Fuchs/Klaperski, 2018).

13.2.2 Depressionen

Körperliche Aktivität und Sport können zu einer Reduktion von negativem Affekt (vgl. Cooney et al., 2013) und einer Verbesserung der Stimmung und des Wohlbefindens (vgl. Conn, 2010) führen und werden aus diesem Grund vermehrt in der Prävention und Therapie von psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, eingesetzt (vgl. Hölter, 2011).

Depressionen können unterschieden werden in nicht-klinische Depressionen (milde bis moderate Symptome) und Major Depressionen. Die Major Depression ist eine Diagnose, die anhand klinischer Diagnostikmanuale wie dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; vgl. Falkai/Wittchen, 2015) gestellt wird. Hauptsymptome der Major Depression sind gedrückte, depressive Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit.

Bezüglich der Prävention von Depressionen konnte eine systematische Literaturübersicht über 25 prospektive Studien (vgl. Mammen/Faulkner, 2013) zeigen, dass körperliche Aktivität negativ mit dem Risiko, an Depressionen zu erkranken assoziiert ist. Schon ein geringes Maß an körperlicher Aktivität (spazieren gehen unter 150 Minuten/Woche) kann der Entstehung einer Depression präventiv entgegenwirken. Eine systematische Literaturübersicht zur Dosis-Wirkung-Beziehung (vgl. Teychenne et al., 2008) bestätigt die Erkenntnis, dass schon Trainingseinheiten mit niedriger In-

tensität präventiv wirksam sind. Dennoch erweisen sich hochintensive Trainingseinheiten als effektiver bezüglich der Reduktion von depressiven Symptomen als Trainingseinheiten mit niedrigerer Intensität. Darüber hinaus werden keine Unterschiede bezüglich der Länge der Trainingseinheiten berichtet (vgl. Teychenne et al., 2008).

Körperliche Aktivität und Sport sind nicht nur in der Prävention von Depressionen wirksam, sondern werden auch vermehrt in der Therapie von klinisch diagnostizierten Depressionen eingesetzt (vgl. Schulz et al., 2012). In diesem Zusammenhang identifizieren zwei Metaanalysen überwiegend hohe Effektstärken zum Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die depressive Symptomatik (vgl. Lawlor/Hopker, 2001; Mead et al., 2008). Eine Cochrane-Metaanalyse (vgl. Cooney et al., 2013) berichtet zudem, dass eine Sport- und Bewegungstherapie in der Behandlung von Depressionen wirksamer ist als keine Behandlung. Im Vergleich mit einer psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung zeigt die Sport- und Bewegungstherapie ähnliche Effekte; dieses Ergebnis basiert aber auf wenigen Studien und sollte deshalb nicht verallgemeinert werden (vgl. Cooney et al., 2013). Alter und Geschlecht der Teilnehmenden scheinen keinen Einfluss auf das Ausmaß des depressionslindernden Effekts von sport- und bewegungstherapeutischen Programmen zu haben, wie eine Metaanalyse von Conn (2010) zeigt. Insgesamt wird geschlussfolgert, dass körperliche Aktivität und Sport in der Therapie von Depressionen grundsätzlich zu empfehlen sind (vgl. Cooney et al., 2013). Bezüglich der nötigen Frequenz und Intensität von körperlicher Aktivität und Sport für depressionslindernde Effekte zeigte sich, dass aerobes Ausdauertraining bei moderater Intensität, das dreimal wöchentlich über einen Zeitraum von mindestens neun Wochen durchgeführt wird, wirksam ist. Dabei wurde kein Unterschied in der Wirksamkeit zwischen individuell und in der Gruppe durchgeführtem Ausdauertraining gefunden (vgl. Stanton/Reaburn, 2014). Zudem wird berichtet, dass aerobes Ausdauertraining mit einem Energieverbrauch von mindestens 17,5 kcal/kg/Woche effektiver bezüglich der Reduktion von depressiven Symptomen ist als ein Training mit niedrigerem Energieverbrauch (vgl. Dunn et al., 2005). Letztendlich scheint eine Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining signifikant größere depressionslindernde Effekte hervorzurufen als Ausdauer- oder Krafttraining allein (vgl. Rethorst et al., 2009).

Da körperliche Aktivität und Sport grundsätzlich protektiv gegen die Entstehung von Depressionen (vgl. Mammen/Faulkner, 2013) und depressionslindernd (vgl. Cooney et al., 2013) wirken, wird oft davon ausgegangen, dass Leistungssportlerin-

nen und -sportler seltener depressiv sind als Nicht-Sportlerinnen und -Sportler (vgl. Gorczynski et al., 2017). Eine Metaanalyse und eine systematische Literaturübersicht zeigen jedoch, dass Leistungssportlerinnen und -sportler ebenso häufig unter depressiven Symptomen (vgl. Gorczynski et al., 2017) und an einer Major Depression (vgl. Rice et al., 2016) leiden wie Nicht-Sportlerinnen und -Sportler. Das Ausbleiben der protektiven und depressionslindernden Effekte von sportlicher Aktivität im Leistungssport wird auf die hohen physischen (z. B. Trainingsumfang und -intensität) und psychischen (z. B. Erwartungsdruck) Anforderungen in diesem Kontext zurückgeführt (vgl. Rice et al., 2016).

Zur Erklärung der Wirkmechanismen von körperlicher Aktivität und Sport in der Prävention und Therapie von Depressionen werden verschiedene psychologische und neurobiologische Hypothesen und Erklärungsmodelle herangezogen. Bezüglich der psychologischen Wirkmechanismen wird angenommen, dass körperliche Aktivität und Sport zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeit, einer Regulation von Affekt und Stimmung sowie zu einer Ablenkung von negativen Gedanken führen können (vgl. Craft, 2013). Zu den potenziellen neurobiologischen Wirkmechanismen gehört die Endorphin-Hypothese, die besagt, dass bei aerober Belastung eine verstärkte Ausschüttung von endogenen Opioiden das Wohlbefinden steigert. Die Katecholamin-Hypothese postuliert, dass die psychische Gesundheit durch sportliche Aktivität über einen Anstieg an Katecholaminen wie Noradrenalin und Serotonin begünstigt wird; diese Katecholamine wirken im limbischen System und beeinflussen so emotionale Zustände positiv (vgl. Chen, 2013).

Zusammenfassend zeigen körperliche Aktivität und Sport sowohl in der Prävention als auch in der Therapie von Depressionen tendenziell positive Ergebnisse (vgl. Cooney et al., 2013). Experten empfehlen, der Sport- und Bewegungstherapie in einem multifaktoriellen Behandlungskonzept von Depressionen einen festen Stellenwert einzuräumen (vgl. Mura et al., 2014; Lukowski, 2018).

13.2.3 Burn-out

Burn-out bzw. das Gefühl des „Ausgebranntseins“ durch massive und wiederkehrende Belastungen am Arbeitsplatz wurde zunächst vorwiegend helfenden und sozialen Berufen zugeschrieben. Inzwischen gibt es jedoch Belege für Burn-out in vielen unterschiedlichen Berufsgruppen wie bei Lehrkräften, sozialen und medizinischen

Berufen und Berufen aus dem Bereich Recht und Verwaltung (vgl. Maslach et al., 2001). Auch wenn Burn-out gemäß DSM-5 nicht als eigenständige psychische Störung gewertet wird (vgl. Falkai/Wittchen, 2015; Fuchs/Klaperski, 2018), wird diese Diagnose in der klinischen Praxis vergeben (vgl. Korczak et al., 2010). Nach Maslach et al. (2001) äußert sich Burn-out in den drei Symptomdimensionen emotionale Erschöpfung (z. B. Freudlosigkeit), Leistungsminderung (z. B. Misserfolgserleben) und Depersonalisierung (z. B. Abwertung sozialer Aufgaben).

Die Entstehung von Burn-out ist durch ein komplexes Zusammenspiel von psychologischen, physiologischen und Umweltaspekten gekennzeichnet (vgl. Kleinert et al., 2019). Aufseiten der psychologischen Entstehungsfaktoren wird einem Mangel der Befriedigung der drei psychologischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit im Sinne der Selbstbestimmungstheorie der Motivation (vgl. Deci/Ryan, 2000) eine große Bedeutung zugeschrieben (vgl. Broeck et al., 2008; Berghe et al., 2013). Physiologische Erklärungsansätze beziehen sich vor allem auf die – als zentrales Burn-out-Symptom erlebte – körperliche Erschöpfung. Körperliche Erschöpfung ist hierbei nicht nur ein Begleitsymptom psychophysischer Prozesse, sondern auch dadurch bedingt, dass bei Burn-out Sport oder körperliche Aktivität als Folge von steigender beruflicher Belastung oder verlängerten Arbeitszeiten häufig reduziert oder ganz vermieden wird. Als Folge derartiger Inaktivität nimmt die Kondition oder die körperliche Leistungsbereitschaft ab, was die körperliche Erschöpfung wiederum eher fördert. Aufseiten der Umweltaspekte ist vor allem die kognitive Bewertung der beruflichen Anforderungen hervorzuheben: Werden Anforderungen als stressreich und überfordernd wahrgenommen, trägt dies in Verbindung mit mangelnder Bedürfnisbefriedigung und fehlender Erholung zur Burn-out-Entstehung bei.

Körperliche Aktivität und Sport scheinen besonders geeignet zu sein, der Entstehung von Burn-out sowohl auf psychischer als auch auf physiologischer Ebene, beispielsweise durch Erholungseffekte, entgegenzuwirken. Als möglicher Wirkmechanismus kann hierbei die gut belegte Stresspuffer-Hypothese körperlicher Aktivität herangezogen werden. Danach hat regelmäßige körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf die Stimmung und das Wohlbefinden (vgl. Bengel et al., 2006; Fuchs/Klaperski, 2018). Dieser positive Einfluss kann dadurch erklärt werden, dass erlebte Bedürfnisbefriedigung im Kontext Sport berufliche Bedürfnisfrustrationen zu Teilen kompensieren kann. Entsprechend zeigen Raven/Kleinert (2019) in einer Untersuchung an Lehrkräften, dass Bedürfnisbefriedigung im beruflichen Kontext und

Burn-out bzw. einzelne Burn-out-Dimensionen zusammenhängen. Für die Burn-out-Dimension Emotionale Erschöpfung konnte ein direkter negativer Zusammenhang mit körperlicher Aktivität nachgewiesen werden. Dieser Zusammenhang kann so interpretiert werden, dass körperliche Aktivität und Sport stressausgleichend sind und damit Burn-out-Symptomen entgegenwirken.

Körperliche Aktivität und Sport wirken nicht nur präventiv. Auch in der Burn-out-Therapie bilden Sportprogramme neben psychotherapeutischen Inhalten einen wichtigen Baustein (vgl. Alexandridis/Alexandridis, 2013; Stier-Jarmer et al., 2016). Systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) über die Wirkung von sporttherapeutischen Interventionen fehlen jedoch noch. Es existieren aber zahlreiche Untersuchungen und systematische Reviews, die die positive Wirkung von Sportinterventionen auf depressive Symptome belegen (vgl. Conn, 2010; Cooney et al., 2013). Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptomatik und Behandlung von Burn-out und Depressionen können Ähnlichkeiten in der Wirksamkeit vermutet werden (vgl. Kleinert et al., 2019). Für die Zukunft sind systematische Interventions- und Evaluationsstudien über Sport- und Bewegungsprogramme zur Behandlung von Burn-out wünschenswert.

13.2.4 Abhängigkeitserkrankungen

Gemäß DSM-5 werden Abhängigkeitserkrankungen in der Kategorie „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ vereint (vgl. Falkai/Wittchen, 2015). Bei der Diagnoseerstellung wird abhängig von den erfüllten Kriterien (z. B. Craving – starkes Verlangen nach der Substanz, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome) zwischen milden, moderaten und schweren Störungen unterschieden. Weiterhin erfolgt eine Einteilung nach der eingenommenen Substanz (u. a. Nikotin, Cannabis, Alkohol, Heroin und Kokain). Neuerdings wird auch das „gestörte Spielen“ dieser Kategorie zugeordnet. Allen Substanzen gemein ist die direkte Aktivierung des Belohnungssystems. Bei der Ätiologie der Abhängigkeitserkrankungen wird von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge ausgegangen, das die Persönlichkeitsentwicklung und -struktur des Individuums, Umweltfaktoren und auch die Wirkung der eingenommenen Substanzen (vgl. Türk/Bühringer, 1999) als ursächliche Faktoren einschließt.

Die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und Sport und Abhängigkeitserkrankungen können in dreifacher Hinsicht beschrieben werden: körperliche

Aktivität und Sport als (1) protektive Faktoren, als (2) Risikofaktoren für das Konsumverhalten von legalen und illegalen Drogen sowie als (3) Behandlungsmöglichkeiten bei bestehenden Abhängigkeitserkrankungen. Hinsichtlich des protektiven Einflusses von körperlicher Aktivität konnten Studien in fast allen Altersgruppen negative Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und dem Konsum von Suchtmitteln nachweisen (vgl. Lynch et al., 2013). Querschnittlich angelegte Beobachtungsstudien zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Konsumverhalten von Jugendlichen (vgl. Lynch et al., 2013; Bardo/Compton, 2015). Körperlich aktivere Jugendliche konsumierten weniger Alkohol, Zigaretten und Marijuana als körperlich inaktive. Auch Längsschnittstudien weisen auf einen negativen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Sport und dem Konsumverhalten hin. Jugendliche, die im jungen Alter körperlich inaktiv sind, konsumieren im späteren Jugendalter mehr legale und illegale Drogen (vgl. Korhonen et al., 2009) als körperlich aktive Jugendliche (vgl. Ströhle et al., 2007). Im Erwachsenenalter erweisen sich körperliche Aktivität und Sport lediglich als protektive Faktoren für den riskanten Alkoholkonsum (vgl. Liangpunsakul et al., 2010).

Körperliche Aktivität und Sport erweisen sich für Jugendliche wie auch für Erwachsene unter bestimmten Umständen als Risikofaktoren für den Alkoholkonsum (vgl. Abrantes et al., 2013; Lynch et al., 2013). Jugendliche, die Wettkampfsport ausüben, scheinen mehr Alkohol zu konsumieren als Jugendliche, die keinen Wettkampfsport ausüben (vgl. Henchoz et al., 2014). Im Erwachsenenalter zeigen einige Studien positive Zusammenhänge zwischen der körperlichen Aktivität und dem Alkoholkonsum (vgl. Smothers/Bertolucci, 2001; French et al., 2009).

Körperliche Aktivität und Sport erweisen sich als effektive Behandlungsmöglichkeiten für bestehende Abhängigkeitserkrankungen. Am besten untersucht sind die Auswirkungen körperlicher Aktivität für die Nikotinabhängigkeit. Positive Effekte auf Entzugssymptome und auf das Craving werden in diversen Studien durch akute Trainingseinheiten mit unterschiedlichen Intensitäten und Inhalten (isometrisches Training, aerobes Training, Yoga) erzielt (vgl. Roberts et al., 2012; Ussher et al., 2014). Etwas weniger einheitlich sind die Ergebnisse bezüglich des Einflusses körperlicher Aktivität auf die langfristige Abstinenzrate von Nikotin. Studien weisen darauf hin, dass das langfristige Abstinenzverhalten nicht durch körperliche Aktivität beeinflusst wird (vgl. Ussher et al., 2014; Wang et al., 2014).

Weitaus weniger wissenschaftliche Belege für den Einfluss körperlicher Aktivität werden für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit, Abhängigkeitserkrankten von illegalen Drogen und Spielsüchtigen berichtet (vgl. Zschucke et al., 2012; Lynch et al., 2013; Giesen et al., 2015). Fehlende randomisierte kontrollierte Studien, unterschiedliche Interventionsangebote und heterogene Ergebnisse machen eine verallgemeinerte Aussage über positive Effekte von Bewegungs- und Sportangeboten nur bedingt möglich. Es gibt jedoch Anhaltspunkte, dass bewegungsbezogene Interventionen (z. B. Ausdauertraining, Krafttraining, Yoga, isometrisches Training) positive Effekte auf die körperliche Fitness, die Abstinenzrate, die Entzugssymptomatik, auf das Craving, die Depressionssymptomatik und die Ängstlichkeit von Abhängigkeitserkrankten haben (vgl. Lynch et al., 2013; Giesen et al., 2015; Linke/Ussher, 2015; Hallgren et al., 2017). Als potenzielle Mechanismen dieser Zusammenhänge werden u. a. die Beeinflussung der Stimmungsregulation und der depressiven Verstimmungen durch körperliche Aktivität und Sport, die Erhöhung der Selbstwirksamkeit, das verbesserte bzw. veränderte soziale Umfeld, die Aktivierung des Belohnungssystems durch körperliche Aktivität und Sport sowie neurobiologische Adaptionsprozesse genannt (vgl. Zschucke et al., 2012; Stoutenberg et al., 2016).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass körperliche Aktivität und Sport neben protektiven Effekten auch Risiken auf das Konsumverhalten von legalen und illegalen Drogen bergen. Hinsichtlich des therapeutischen Effekts von körperlicher Aktivität und Sport sind die Ergebnisse uneinheitlich; die bestehenden Studien im Bereich der illegalen Drogen und der Spielsucht sind rar und weisen methodische Mängel auf; hier sind weitere Studien erforderlich.

13.3 Fazit

Körperliche Aktivität und Sport wirken sich sowohl bei gesunden Personen als auch bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen günstig auf die psychische Gesundheit aus (vgl. Biddle/Mutrie, 2008; Conn, 2010; Hölter, 2011). Im vorliegenden Beitrag wurde die positive Wirkung von körperlicher Aktivität und Sport sowohl aus gesundheitsförderlicher und ressourcenorientierter Perspektive (*Salutogenese*) als auch aus der Perspektive der *Pathogenese* betrachtet und somit dargestellt, wie psychische Beeinträchtigungen entstehen, verhindert oder behandelt werden können.

Hinsichtlich der ressourcenorientierten Förderung der psychischen Gesundheit zeigt der Literaturüberblick, dass körperliche Aktivität und Sport das Potenzial haben, die verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen zu stärken und somit die psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen (vgl. Spence et al., 2005; Stathopoulou et al., 2006). Während es für den positiven Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Sport und dem *Selbstwertgefühl* empirische Hinweise gibt (vgl. Spence et al., 2005), mangelt es noch an ausreichenden wissenschaftlichen Belegen und erforschten Wirkmechanismen hinsichtlich der *Kontrollüberzeugungen* (vgl. Schlicht, 1995) und *Selbstwirksamkeitserwartungen* (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018). Dennoch sind die genannten Ressourcen Zielgrößen von Bewegungs- und Sportprogrammen in verschiedenen Settings (vgl. Eriksen et al., 2002; Mishra et al., 2014). Bezüglich der gut belegten positiven Beziehung zwischen körperlicher Aktivität, Sport und dem *Wohlbefinden* bleibt die Frage der Kausalität noch weitestgehend unbeantwortet (vgl. Biddle, 2000; Weinberg/Gould, 2007). Zudem wurden moderierende Effekte der Bedürfnisbefriedigung oder körperlicher Prozesse bisher nur teilweise erforscht. Hinsichtlich sozialer Faktoren zeigte sich, dass die Teilnahme an Sport- und Bewegungsprogrammen das Potenzial hat, wahrgenommene *Einsamkeit* zu reduzieren (vgl. Pels/Kleinert, 2016b) und die empfundene *Gruppenkohäsion* zu steigern (vgl. Kleinknecht et al., 2014). Dennoch fehlt es hier an systematischen Interventionsstudien zu angenommenen Zusammenhängen (vgl. Sudeck et al., 2012).

Gemäß der pathogenetischen Perspektive können körperliche Aktivität und Sport zudem bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen sowohl präventiv als auch therapeutisch wirksam sein (vgl. Roberts et al., 2012; Cooney et al., 2013; Stier-Jarmer et al., 2016). Insbesondere die *stressregulative Wirkung* von körperlicher Aktivität und Sport konnte vielfach empirisch bestätigt werden und es gibt plausible theoretische Ansätze zu zugrunde liegenden Wirkmechanismen (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018; Klaperski, 2018). Allerdings mangelt es an theoriebasierten und wissenschaftlich evaluierten Sport- und Bewegungsprogrammen mit dem Ziel der Stressregulation (vgl. Sime, 2007; Fuchs/Klaperski, 2018). Unsere Übersicht der Literatur zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität, Sport und *Burn-out* legt nahe, dass körperliche Aktivität und Sport nicht nur protektiv wirken können, sondern auch in der Therapie von Burn-out neben psychotherapeutischen Inhalten einen wichtigen Baustein bilden (vgl. Alexandridis/Alexandridis, 2013; Stier-Jarmer et al., 2016). Jedoch fehlt auch hier ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirkme-

chanismen solcher bewegungs- und sporttherapeutischen Interventionen. In der Prävention und Therapie von *Depressionen* zeigen körperliche Aktivität und Sport mehrheitlich positive Ergebnisse (vgl. Hölter, 2011; Cooney et al., 2013). Folglich empfehlen Experten, der Sport- und Bewegungstherapie in einem multifaktoriellen Behandlungskonzept von Depressionen einen festen Stellenwert einzuräumen (vgl. Mura et al., 2014; Lukowski, 2018). Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen körperlicher Aktivität, Sport und *Abhängigkeitserkrankungen* wird geschlussfolgert, dass körperliche Aktivität und Sport neben protektiven Effekten (vgl. Lynch et al., 2013; Bardo/Compton, 2015) auch Risiken bezüglich des Konsumverhaltens von legalen und illegalen Drogen bergen (vgl. Abrantes et al., 2013; Lynch et al., 2013). Ergebnisse zum therapeutischen Effekt von körperlicher Aktivität und Sport auf Abhängigkeitserkrankungen sind uneinheitlich und bestehende Studien weisen methodische Mängel auf.

Die vorliegende Literaturübersicht zeigt, dass körperliche Aktivität und Sport ein großes Potenzial haben, personale und soziale Ressourcen zu stärken und somit die psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen. Auch in der Prävention und Therapie von psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen scheinen körperliche Aktivität und Sport vielversprechende Maßnahmen zu sein. Dennoch sind weitere empirische Überprüfungen der Zusammenhänge, insbesondere durch kontrollierte und randomisierte Untersuchungen, notwendig. Zudem mangelt es daran, systematisch geplante, theoriebasierte Bewegungs- und Sportprogramme mit dem Ziel der Ressourcenstärkung oder der Prävention und Therapie von psychischen Erkrankungen zu entwickeln und diese hinsichtlich ihrer Effektivität und zugrunde liegenden Wirkmechanismen zu evaluieren.

Literatur

Abele, A./Becker, P. (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik*. München: Juventa.

Abrantes, A. M./Matsko, S./Wolfe, J./Brown, R. A. (2013). *Physical activity and alcohol and drug use diorders.* In: Ekkekakis, P. (Hrsg.): Routledge handbooks. Routledge handbook of physical activity and mental health. London: Routledge, S. 465–477.

Adie, J. W./Duda, J. L./Ntoumanis, N. (2008). *Autonomy support, basic need satisfaction and the optimal functioning of adult male and female sport participants: A test of basic needs theory.* Motivation and Emotion, 32 (3), S. 189–199.

Aldana, S. G./Sutton, L. D./Jacobson, B. H./Quirk, M. G. (1996). *Relationships between leisure time physical activity and perceived stress.* Perceptual and Motor Skills, 82 (1), S. 315–321.

Alexandridis, K./Alexandridis, J. (2013). *Stationäre Bewegungstherapie bei „Burnout“.* Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 29 (4), S. 158–164.

Alfermann, D./Wagner, P. (2006). *Allgemeines und physisches Selbstkonzept.* In: Bös, K./Brehm, W. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssport. 2. Auflage, Schorndorf: Hofmann, S. 334–345.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. 1. Auflage, San Francisco/Washington/London: Jossey-Bass Publishers.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. 2. Auflage, New York: Freeman.

Bardo, M. T./Compton, W. M. (2015). *Does physical activity protect against drug abuse vulnerability?* Drug and Alcohol Dependence, 153, S. 3–13.

Bengel, J./Belz-Merk, M. (1997). *Subjektive Gesundheitskonzepte.* In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch. 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe, S. 23–41.

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (2006). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. 9. erweiterte Neuauflage, Köln: BZgA.

Berger, B. G./Motl, R.W. (2000). *Exercise and mood – A selective review and synthesis of research employing the profile of mood states.* Journal of Applied Sport Psychology, 12 (1), S. 69–92.

Berghe, L. van den/Soenens, B./Vansteenkiste, M./Aelterman, N. et al. (2013). *Observed need-supportive and need-thwarting teaching behavior in physical education: Do teachers' motivational orientations matter?* Psychology of Sport and Exercise, 14 (5), S. 650–661.

Biddle, S. J. H. (2000). *Emotion, mood and physical activity.* In: Biddle, S. J./Fox, K. R./Boutcher, S. H. (Hrsg.): Physical activity and psychological well-being. London, New York: Routledge, S. 63–87.

Biddle, S. J. H./Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being, and interventions*. London: Routledge.

Bock, K. D. (1997). *Salutogenese und Pathogenese.* In: Becker, V./Schipperges, H. (Hrsg.): Medizin im Wandel. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 79–89.

Bouchard, C./Blair, S. N./Haskell, W. (2007). *Why study physical activity and health.* In: Bouchard, C./Blair, S. N./Haskell, W. L. (Hrsg.): Physical activity and health. Champaign, IL: Human Kinetics, S. 3–21.

Breuer, C./Wicker, P./Pawlowski, T. (2008). *Soziale Integration im und durch Sport.* In: Weis, K./Gugutzer, R. (Hrsg.): Handbuch Sportsoziologie. Schorndorf: Hofmann, S. 298–306.

Broeck, A. van den/Vansteenkiste, M./Witte, H. de/Lens, W. (2008). *Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction.* Work & Stress, 22 (3), S. 277–294.

Burke, S. M./Carron, A. V./Shapcott, K. M. (2008). *Cohesion in exercise groups: An overview.* International Review of Sport and Exercise Psychology, 1 (2), S. 107–123.

Cacioppo, J. T./Cacioppo, S. (2014). *Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation.* Social and Personality Psychology Compass, 8 (2), S. 58–72.

Carron, A. V./Brawley, L. R./Widmeyer, W. N. (1998). *The measurement of cohesiveness in sport groups.* In: Duda, J. L. (Hrsg.): Advances in sport and exercise psychology measurement. Morgantown, WV: Fitness Information Technology, S. 213–226.

Caspersen, C. J./Powell, K. E./Christenson, G. M. (1985). *Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research.* Public Health Reports, 100 (2), S. 126–131.

Castro, C. M./Wilcox, S./O'Sullivan, P./Baumann, K. et al. (2002). *An exercise program for women who are caring for relatives with dementia.* Psychosomatic Medicine, 64 (3), S. 458–468.

Chen, M. J. (2013). *The neurobiology of depression and physical exercise.* In: Ekkekakis, P. (Hrsg.): Routledge handbook of physical activity and mental health. London: Routledge, S. 169–183.

Cohen, S. (2004). *Social relationships and health.* American Psychologist, 59 (8), S. 676–684.

Conn, V. S. (2010). *Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: Meta-analysis findings.* Annals of Behavioral Medicine, 39 (2), S. 128–138.

Cooney, G. M./Dwan, K./Greig, C. A./Lawlor, D. A. et al. (2013). *Exercise for depression.* The Cochrane database of systematic reviews, 12 (9), CD004366.

Courneya, K./Hellsten, L.-A. (1998). *Personality correlates of exercise behavior motives, barriers and preferences: An application of the Five-Factor Model.* Personality & Individual Differences, 24 (5), S. 625–633.

Craft, L. L. (2013). *Potential psychological mechanisms underlying the exercise and depression relationship.* In: Ekkekakis, P. (Hrsg.): Routledge handbook of physical activity and mental health. London: Routledge, S. 161–168.

Deci, E. L. (2008). *Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health.* Canadian Psychology, 49 (3), S. 182–185.

Deci, E. L./Ryan, R. M. (2000). *The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior.* Psychological Inquiry, 11 (4), S. 227–268.

Dickhäuser, O. (2006). *Sportliches Fähigkeitsselbstkonzept und allgemeiner Selbstwert: Zur Bedeutung von Wichtigkeit.* Zeitschrift für Sportpsychologie, 13 (3), S. 98–103.

Dunlop, W. L./Falk, C. F./Beauchamp, M. R. (2013). *How dynamic are exercise group dynamics? Examining changes in cohesion within class-based exercise programs.* Health Psychology, 32 (12), S. 1240–1243.

Dunn, A. L./Trivedi, M. H./Kampert, J./Clark, C. G. et al. (2005). *Exercise treatment for depression: Efficacy and dose-response.* American Journal of Preventive Medicine, 28 (1), S. 1–8.

Ekkekakis, P./Backhouse, S. H. (2014). *Physical activity and feeling good.* In: Papaioannou, A. D./Hackfort, D. (Hrsg.): International perspectives on key issues in sport and exercise psychology: Vol. 2. Routledge companion to sport and exercise psychology. Global perspectives and fundamental concepts. New York: Routledge, S. 687–704.

Eriksen, H. R./Ihlebaek, C./Mikkelsen, A./Grønningsaeter, H. et al. (2002). *Improving subjective health at the worksite: A randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme.* Occupational Medicine, 52 (7), S. 383–391.

Falkai, P./Wittchen, H.-U. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®.* 2. korrigierte Auflage, Göttingen: Hogrefe.

Folkins, C. H./Sime, W. E. (1981). *Physical fitness training and mental health.* American Psychologist, 36 (4), S. 373–389.

French, M. T./Popovici, I./Maclean, J. C. (2009). *Do alcohol consumers exercise more? Findings from a national survey.* American Journal of Health Promotion, 24 (1), S. 2–10.

Fuchs, R./Klaperski, S. (2018). *Stressregulation durch Sport und Bewegung.* In: Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.): Handbuch Stressregulation und Sport. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 205–226.

Giesen, E. S./Deimel, H./Bloch, W. (2015). *Clinical exercise interventions in alcohol use disorders: A systematic review.* Journal of Substance Abuse Treatment, 52, S. 1–9.

Gorczynski, P. F./Coyle, M./Gibson, K. (2017). *Depressive symptoms in high-performance athletes and non-athletes. A comparative meta-analysis*. British Journal of Sports Medicine, 51 (18), S. 1348–1354.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hallgren, M./Vancampfort, D./Giesen, E. S./Lundin, A. et al. (2017). *Exercise as treatment for alcohol use disorders: Systematic review and meta-analysis.* British Journal of Sports Medicine, 51 (14), S. 1058–1064.

Henchoz, Y./Dupuis, M./Deline, S./Studer, J. et al. (2014). *Associations of physical activity and sport and exercise with at-risk substance use in young men: A longitudinal study.* Preventive Medicine, 64, S. 27–31.

Hölter, G. (2011). *Psychische Gesundheit und Bewegung.* In: Hölter, G. (Hrsg.): Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 47–69.

Höner, O./Demetriou, Y. (2012). *Körperlich-sportliche Aktivität und gesundheitsbezogene Lebensqualität.* In: Fuchs, R./Schlicht, W. (Hrsg.): Sportpsychologie: Band 6. Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Körperlich-sportliche Aktivität und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe, S. 34–55.

Hopkins, M. E./Davis, F. C./Vantieghem, M. R./Whalen, P. J. et al. (2012). *Differential effects of acute and regular physical exercise on cognition and affect.* Neuroscience, 215, S. 59–68.

Ingledew, D. K./Markland, D. (2008). *The role of motives in exercise participation*. Psychology & Health, 23 (7), S. 807–828.

Jonsdottir, I. H./Rödjer, L./Hadzibajramovic, E./Börjesson, M. et al. (2010). *A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers.* Preventive Medicine, 51 (5), S. 373–377.

Klaperski, S. (2018). *Exercise, stress and health: The stress-buffering effect of exercise.* In: Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.): Handbuch Stressregulation und Sport. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 227–249.

Klaperski, S./Seelig, H./Fuchs, R. (2012). *Sportaktivität als Stresspuffer.* Zeitschrift für Sportpsychologie, 19 (2), S. 80–90.

Kleinert, J./Raven, H./Sulprizio, M. (2019). *Burnout und Sport.* In: Güllich, A./Krüger, M. (Hrsg.): Sport in Kultur und Gesellschaft. Handbuch Sport und Sportwissenschaft. 1. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer, S. 1–27.

Kleinert, J./Tietjens, M. (2014). *Beeinflussen körperliche Erfahrungen das Körperkonzept? Eine Längsschnittuntersuchung bei Herzpatienten im Rahmen von Sport- und Bewegungstherapie.* Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 64, S. 275–283.

Kleinknecht, C./Kleinert, J./Ohlert, J. (2014). *Erfassung von „Kohäsion im Team von Freizeit- und Gesundheitssportgruppen" (KIT-FG).* Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 22 (2), S. 68–78.

Korczak, D./Huber, B./Kister, C. (2010). *Differential diagnostic of the burnout syndrome.* GMS Health Technology Assessment, 6, S. 1–9.

Korhonen, T./Kujala, U. M./Rose, R. J./Kaprio, J. (2009). *Physical activity in adolescence as a predictor of alcohol and illicit drug use in early adulthood: A longitudinal population-based twin study.* Twin research and human genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies, 12 (3), S. 261–268.

Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (2000). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie: Konzeptionelle und empirische Beiträge zur Konstrukterhellung*. 2. Auflage, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.

Landmann, U./Kloock, B./König, D./Berg, A. (2007). *Sport und Salutogenese – körperliche Aktivität als Gesundheitsfaktor*. Blickpunkt der Mann, 5 (4), S. 10–15.

Lawlor, D. A./Hopker, S. W. (2001). *The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials.* BMJ, 322 (7289), S. 763–767.

Lazarus, R. S./Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Liangpunsakul, S./Crabb, D. W./Qi, R. (2010). *Relationship among alcohol intake, body fat, and physical activity: A population-based study.* Annals of Epidemiology, 20 (9), S. 670–675.

Linke, S. E./Ussher, M. (2015). *Exercise-based treatments for substance use disorders: Evidence, theory, and practicality.* The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 41 (1), S. 7–15.

Lukowski, T. (2018). *Bewegungstherapie als dritte Säule der Behandlung.* Der Neurologe & Psychiater, 19 (4), S. 44–49.

Lynch, W. J./Peterson, A. B./Sanchez, V./Abel, J. et al. (2013). *Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis.* Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 37 (8), S. 1622–1644.

Mammen, G./Faulkner, G. (2013). *Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies.* American Journal of Preventive Medicine, 45 (5), S. 649–657.

Maslach, C./Schaufeli, W. B./Leiter, M. (2001). *Job burnout.* Annual Review of Psychology, 52, S. 397–422.

McCrae, R. R./Costa, P. T./Martin, T. A. (2005). *The NEO-PI-3: A more readable revised NEO Personality Inventory.* Journal of Personality Assessment, 84 (3), S. 261–270.

Mead, G. E./Morley, W./Campbell, P./Greig, C. A. et al. (2008). *Exercise for depression.* The Cochrane database of systematic reviews, 8 (4), CD004366.

Mishra, S. I./Scherer, R. W./Snyder, C./Geigle, P. et al. (2014). *Are exercise programs effective for improving health-related quality of life among cancer survivors? A systematic review and meta-analysis.* Oncology Nursing Forum, 41 (6), E326–42.

Mura, G./Sancassiani, F./Machado, S./Carta, M. G. (2014). *Efficacy of exercise on depression: A systematic review.* The International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 18 (2), S. 23–26.

Netz, Y./Wu, M.-J./Becker, B. J./Tenenbaum, G. (2005). *Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies.* Psychology and Aging, 20 (2), S. 272–284.

Newman, M. L./Roberts, N. A. (2013). *Health and social relationships: The good, the bad, and the complicated*. Washington: American Psychological Association.

Oaten, M./Cheng, K. (2005). *Academic examination stress impairs self-control.* Journal of Social and Clinical Psychology, 24 (2), S. 254–279.

Paluska, S. A./Schwenk, T. (2000). *Physical activity and mental health: Current concepts.* Sports Medicine, 29 (3), S. 167–180.

Pels, F. (2014). *Sportpartizipation und Einsamkeit – Die Bedeutung der Gruppenidentifikation und des sozialen Wohlbefindens im Sport*. Schriften zur Sportpsychologie: Band 14. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Pels, F./Chermette, C. (2019). *Social support.* In: Hackfort, D./Schinke, R./Strauss, B. (Hrsg.): Dictionary of sport psychology. Sport, exercise, and performing arts. Amsterdam: Elsevier, S. 279.

Pels, F./Kleinert, J. (2016a). *Enhancing mental health: Effects of exercise on social well-being and social ill-being.* In: Schneider, S. (Hrsg.): Exercise in Space. A holistic approach for the benefit of human health on Earth. Cham: Springer, S. 63–90.

Pels, F./Kleinert, J. (2016b). *Loneliness and physical activity: A systematic review.* International Review of Sport and Exercise Psychology, 9 (1), S. 231–260.

Peluso, M. A. M./Andrade, L. H. S. G. de (2005). *Physical activity and mental health: The association between exercise and mood.* Clinics in Sports Medicine, 60 (1), S. 61–70.

Raven, H./Kleinert, J. (2019). *Dem Burnout davonlaufen? Zusammenhänge zwischen beruflicher Bedürfnisbefriedigung, körperlicher Freizeitaktivität und Burnout bei Lehrkräften.* Psychologie in Erziehung und Unterricht, 66 (2), S. 101–117.

Rebar, A. L./Stanton, R./Geard, D./Short, C. et al. (2015). *A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations.* Health Psychology Review, 9 (3), S. 366–378.

Reed, J./Ones, D. S. (2006). *The effect of acute aerobic exercise on positive activated affect: A meta-analysis.* Psychology of Sport and Exercise, 7 (5), S. 477–514.

Rethorst, C. D./Wipfli, B. M./Landers, D. M. (2009). *The antidepressive effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials*. Sports Medicine, 39 (6), S. 491–511.

Rice, S. M./Purcell, R./de Silva, S./Mawren, D. et al. (2016). *The mental health of elite athletes: A narrative systematic review.* Sports Medicine, 46 (9), S. 1333–1353.

Roemmich, J. N./Gurgol, C. M./Epstein, L. H. (2003). *Influence of an interpersonal laboratory stressor on youths' choice to be physically active*. Obesity Research, 11 (9), S. 1080–1087.

Roberts, V./Maddison, R./Simpson, C./Bullen, C. et al. (2012). *The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: Systematic review update and meta-analysis.* Psychopharmacology, 222 (1), S. 1–15.

Rotter, J. B. (1975). *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43 (1), S. 56–67.

Rütten, A. (2005). *Körperliche Aktivität: Gesundheitsberichterstattung – Themenheft 26. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Ryan, R. M./Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being.* American Psychologist, 55 (1), S. 68–78.

Schlicht, W. (1995). *Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport*. Wissenschaftliche Schriftenreihe des Deutschen Sportbundes: Band 25. Schorndorf: Hofmann.

Schnohr, P./Kristensen, T. S./Prescott, E./Scharling, H. (2005). *Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time – The Copenhagen City Heart Study.* Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 15 (2), S. 107–112.

Schulz, K.-H./Meyer, A./Langguth, N. (2012). *Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit.* Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 55 (1), S. 55–65.
Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. 3. überarbeitete Auflage, Göttingen: Hogrefe.
Schwarzer, R./Jerusalem, M. (2002). *Das Konzept der Selbstwirksamkeit.* In: Jerusalem, M./Hopf, D. (Hrsg.): Zeitschrift für Pädagogik: 44. Beiheft. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Weinheim/Basel: Beltz, S. 28–53.
Seiler, R./Birrer, D. (2001). *Treibe Sport und fühl' dich wohl! Die Auswirkungen von Sport auf die psychische Gesundheit.* Therapeutische Umschau, 58 (4), S. 202–205.
Sheridan, D./Coffee, P./Lavallee, D. (2014). *A systematic review of social support in youth sport.* International Review of Sport and Exercise Psychology, 7 (1), S. 198–228.
Shvedko, A./Whittaker, A. C./Thompson, J. L./Greig, C. A. (2018). *Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.* Psychology of Sport and Exercise, 34, S. 128–137.
Sime, W. E. (2007). *Exercise therapy for stress management.* In: Lehrer, P. M./Woolfolk, R. L./ Sime, W. E. (Hrsg.): Principles and practice of stress management. New York: Guilford Press, S. 333–359.
Smothers, B./Bertolucci, D. (2001). *Alcohol consumption and health-promoting behavior in a U.S. household sample: Leisure-time physical activity.* Journal of Studies on Alcohol, 62 (4), S. 467–476.
Spence, J. C./McGannon, K. R./Poon, P. (2005). *The effect of exercise on global self-esteem: A quantitative review.* Journal of Sport & Exercise Psychology, 27 (3), S. 311–334.
Standage, M./Duda, J. L./Ntoumanis, N. (2006). *Students' motivational processes and their relationship to teacher ratings in school physical education: A self-determination theory approach.* Research Quarterly for Exercise and Sport, 77 (1), S. 100–110.
Stanton, R./Reaburn, P. (2014). *Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables.* Journal of Science and Medicine in Sport, 17 (2), S. 177–182.
Stathopoulou, G./Powers, M. B./Berry, A. C./Smits, J. A. J. et al. (2006). *Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review.* Clinical Psychology: Science and Practice, 13 (2), S. 179–193.
Stier-Jarmer, M./Frisch, D./Oberhauser, C./Berberich, G. et al. (2016). *The effectiveness of a stress reduction and burnout prevention program.* Deutsches Ärzteblatt, 113 (46), S. 781–788.
Stoutenberg, M./Rethorst, C. D./Lawson, O./Read, J. P. (2016). *Exercise training – A beneficial intervention in the treatment of alcohol use disorders?* Drug and Alcohol Dependence, 160, S. 2–11.
Ströhle, A./Höfler, M./Pfister, H./Müller, A. G. et al. (2007). *Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults.* Psychological Medicine, 37 (11), S. 1657–1666.
Stults-Kolehmainen, M. A./Sinha, R. (2014). *The effects of stress on physical activity and exercise.* Sports Medicine, 44 (1), S. 81–121.
Sudeck, G./Schmid, J. (2012). *Sportaktivität und soziales Wohlbefinden.* In: Fuchs, R./ Schlicht, W. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe, S. 56–78.
Teixeira, P. J./Carraça, E. V./Markland, D./Silva, M. N. et al. (2012). *Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review.* International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9, S. 78.

Teychenne, M./Ball, K./Salmon, J. (2008). *Physical activity and likelihood of depression in adults: A review*. Preventive Medicine, 46 (5), S. 397–411.

Türk, D./Bühringer, G. (1999). *Psychische und soziale Ursachen der Sucht.* Der Internist, 40 (6), S. 583–589.

Ussher, M. H./Taylor, A. H./Faulkner, G. E. J. (2014). *Exercise interventions for smoking cessation.* The Cochrane database of systematic reviews, 29 (8), CD002295.

Wang, D./Wang, Y./Wang, Y./Li, R. et al. (2014). *Impact of physical exercise on substance use disorders: A meta-analysis.* PLOS ONE, 9 (10), e110728.

Weinberg, R. S./Gould, D. (2007). *Foundations of Sport and Exercise Psychology.* 4. Auflage, Leeds: Human Kinetics.

Zepp, C./Kleinert, J. (2015). *Symmetric and complementary fit based on prototypical attributes of soccer teams*. Group Processes & Intergroup Relations, 18 (4), S. 557–572.

Zschucke, E./Heinz, A./Strohle, A. (2012). *Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders.* The Scientific World Journal, 2012, 901741.

14 Spielend psychisch gesund: Förderung des psychischen Wohlbefindens durch spielerische Ansätze

KEVIN DADACZYNSKI; DANIEL TOLKS; ISABELLE FINCKE; PETER PAULUS

Während unterhaltungsorientierte Spiele lange Zeit ausschließlich in Hinblick auf ihre pathologischen Wirkungen diskutiert worden, findet in den letzten Jahren eine verstärkte Hinwendung zur Frage statt, inwiefern spielerische Anwendungen auch mit dem Ziel der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit eingesetzt werden können. Vor dem Hintergrund epidemiologischer Studien zu psychischen Belastungen und Störungen wird vorliegend ein Überblick über spielerische Ansätze zur Förderung des Wohlbefindens und der psychosozialen Gesundheit gegeben. Nach einer Einführung in das Thema psychosoziales Wohlbefinden und Gesundheit werden mit Serious Games und Gamification zwei prominente spielerische Ansätze vorgestellt und deren Wirkungen im Anwendungsfeld der psychosozialen Gesundheit beschrieben. Als eine der wenigen deutschsprachigen Interventionen wird in die gamifizierte Anwendung ONYA exemplarisch eingeführt, bevor der Beitrag mit einer abschließenden kritischen Reflexion und der Ableitung zukünftiger Anforderungen für die Forschung und Praxis endet.

14.1 Einführung: Wohlbefinden und Gesundheit

Bereits in ihrer konstituierenden Sitzung im Jahr 1948 definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen „Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen". Trotz zahlreicher kritischer Diskussionen um die Lesart der Begriffe „Zustand" und „Vollständigkeit" leitete die WHO vor mehr als 70 Jahren einen Perspektivwechsel ein, der sich von einer bis dahin vorherrschenden biomedizinischen Perspektive von Gesundheit löst und zudem das Wohlbefinden als eher latentes, nicht immer unmittelbar beobachtbares Konstrukt in den Fokus rückt. In späteren Definitionen, z. B. zur psychischen Gesundheit, wird ebenfalls auf den Begriff des Wohlbefindens zurückgegriffen. So versteht die WHO (2007) unter psy-

chischer Gesundheit einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“ Psychische Gesundheit wird hier als Ressource und Voraussetzung verstanden, mit den alltäglichen Anforderungen und Herausforderungen umzugehen. Dieser auch als „produktive Anpassung“ bezeichneten Kerndimension steht auf der anderen Seite das Ausmaß gegenüber, in dem das Individuum eigene Wünsche und Aspirationen verwirklichen kann (vgl. Paulus, 1994). Stehen beide Dimensionen in einer angemessenen Balance, so hat dies einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden.

14.1.1 Begriffsbestimmung „Wohlbefinden“

Ungeachtet der terminologischen Relevanz für die (psychische) Gesundheit stellt sich die Frage, was genau unter dem Konstrukt „Wohlbefinden“ zu verstehen ist und wie dieses im Zusammenhang nahestehender Begrifflichkeiten wie Zufriedenheit, Lebensqualität oder auch Freude zu verorten ist. Während z. B. der Begriff der Lebensqualität seinen Ursprung in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung hat (vgl. Schumacher et al., 2003) und erst später individuelle Aspekte des menschlichen Erlebens miteinbezog, stammt der Terminus „Wohlbefinden“ aus der psychologischen Forschung. Neben der Differenzierung in eine kognitive Komponente (Zufriedenheit mit dem eigenen Leben bzw. mit spezifischen Lebensbereichen) und eine affektive Komponente (erlebte positive wie negative Stimmungen und Emotionen) lässt sich weiterhin zwischen dem aktuellen Wohlbefinden im Sinne des momentanen Erlebens einer Person (*state*) und dem sich aus einem definierten Zeitraum (Wochen/Monate) aggregierten Erfahrungen ergebenen habituellen Wohlbefinden (*trait*) unterscheiden (vgl. Schumacher et al., 2003; Becker, 1991; Mayring, 1991). Erstgenannte Differenzierung gibt eher das subjektive Empfinden wieder, das sich auf die globale Einschätzung der individuellen Lebenssituation bezieht und aus verschiedenen in Tab. 14.1 (linke Spalte) dargestellten emotionalen und kognitiven Elementen zusammensetzt (vgl. Diener et al., 2009).

Tab. 14.1: Aspekte subjektiven und psychologischen Wohlbefindens (Horstmann et al., 2018, S. 306)

subjektives Wohlbefinden	psychologisches Wohlbefinden
positiver Affekt	Autonomieerleben
fehlender negativer Affekt	persönliche Entwicklung
allgemeine Lebenszufriedenheit	Selbstakzeptanz
bereichsspezifische Lebenszufriedenheit	▪ positive zwischenmenschliche Beziehungen ▪ Fähigkeit, Herausforderungen der Umwelt zu begegnen ▪ Bedeutung und Sinn des Lebens sehen

Demgegenüber definieren Ryff und Keyes (1995) sechs unabhängige Komponenten des psychologischen Wohlbefindens, die sich als eigenständige, jedoch zusammenhängende Faktoren bestätigen ließen (vgl. Tab. 14.1, rechte Spalte). Dabei ist zu beachten, dass sich die subjektive und die psychologische Betrachtung des Wohlbefindens nicht gegenseitig ausschließt, sondern unterschiedliche Perspektiven eines multidimensionalen Konstrukts widerspiegelt.

14.1.2 Wohlbefinden und Gesundheit

Aufgrund der Komplexität des Konstrukts „Wohlbefinden" ist es nicht verwunderlich, dass die empirische Studienlage in Abhängigkeit des gewählten Messinstruments und der befragten Zielgruppe sehr breit ausfällt. Im Rahmen der repräsentativen Wiederholungsbefragung von Privathaushalten in Deutschland (Sozioökonomisches Panel, SOEP) zeigt sich im Zeitvergleich – und hierbei insbesondere seit dem Jahr 2004 – eine Steigerung der Lebenszufriedenheit in der allgemeinen Bevölkerung (vgl. Hoffmann/Schupp, 2018). Dabei zeigt sich im Ost-West-Vergleich aber auch, dass Menschen aus Ostdeutschland eine geringere Zufriedenheit mit ihrem Leben aufweisen. Dies gilt nicht nur für die allgemeine, sondern auch die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit, z. B. die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. Darüber hinaus werden im SOEP seit 2007 mit dem wahrgenommenen Glück innerhalb der letzten vier Wochen emotionale Aspekte des subjektiven Wohlbefindens erfasst. Dabei erreicht der Anteil derjenigen, die sich im Jahr 2016 in den letzten vier Wochen sehr selten oder selten glücklich gefühlt haben, Spannweiten von 10 % (Westdeutschland) bis 13 % (Ostdeutschland). Für den internationalen Vergleich lassen sich die Daten

des „OECD Better Life Index“[1] heranziehen, der aus elf Teilbereichen mit jeweils ein bis vier Indikatoren besteht (vgl. OECD, 2011). Für den Indikator „Lebenszufriedenheit“ wird auf die Ergebnisse des „Gallup World Poll“ zurückgegriffen, der – wie im SOEP – die subjektive Lebenszufriedenheit auf einer 10-stufigen Skala erfasst. Mit einem Mittelwert von 7,0 liegt die Lebenszufriedenheit in Deutschland leicht über dem Durchschnittswert aller OECD-Länder (M = 6,5), wobei Menschen aus Portugal und Griechenland eine vergleichsweise geringe und Menschen aus skandinavischen Ländern eine vergleichsweise hohe Lebenszufriedenheit aufweisen.

Abschließend sei auf die Forschung mit dem sogenannten „WHO-5-Index“ verwiesen, einem international häufig verwendeten, fünf Items umfassenden Instrument zur Selbstbeurteilung des Wohlbefindens. Normierungsdaten aus Deutschland weisen auf der Ebene der Einzelitems geringe Ausprägungen für 13–18 % der Befragten auf (vgl. Brähler et al., 2017). Mit Blick auf demografische Daten sind Frauen und Menschen mit zunehmendem Alter häufiger von einem geringeren Wohlbefinden betroffen. Überdies zeigen sich Zusammenhänge mit gesundheitlichen Outcomes in erwarteter Richtung: Während sich positive Assoziationen mit der Belastbarkeit, der Vitalität und der inneren Ruhe nachweisen lassen, ist das Wohlbefinden negativ mit somatischen Beschwerden, chronischen Sorgen, sozialer Isolation oder auch Arbeitsbelastungen assoziiert (vgl. Brähler et al., 2017). Vergleichbare Befunde finden sich ebenfalls in der internationalen Literatur (vgl. Topp et al., 2015). Mit seinen Grenzwerten gilt der WHO-5-Index mittlerweile als geeignetes Instrument zur Abschätzung einer Depressionssymptomatik (vgl. Krieger et al., 2014).

14.2 Spielerische Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung

Bisherige Ansätze der Förderung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden nutzen vor allem klassische Formen der printbasierten und der „Face-to-Face“-basierten Vermittlung. Im Zuge der technischen Entwicklung gewinnen jedoch digital basierte Interventionen auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung. Spielerische Anwendungen stellen dabei eine Unterform von E-Health-Ansätzen dar (vgl. Lehr et al., 2016), wobei Spielen, gleich welcher Art und zu welchem Zweck, so alt ist wie die Menschheitsgeschichte selbst und auch

1 www.oecdbetterlifeindex.org

heute noch integraler Bestandteil der menschlichen Kultur ist (vgl. Tolks et al., 2018). Nach Angaben des Digitalverbands Deutschlands (vgl. Bitkom, 2018) spielen 42 % der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren zumindest gelegentlich, wobei sich das Geschlechterverhältnis fast ausgeglichen darstellt. Angesichts des hohen Verbreitungs- und Nutzungsgrads stellt sich die Frage, ob digitale Spielanwendungen auch gezielt zur Förderung, Erhaltung oder auch Wiederherstellung der (psychischen) Gesundheit eingesetzt werden können. Im Folgenden werden mit Serious Games und Gamification zwei Ansätze näher eingeführt und im anschließenden Kapitel auf ihre Wirkungen hin betrachtet.

14.2.1 Serious Games

Der Begriff „Serious Games" wurde erstmals 1970 von Clark C. Abt in die Diskussion eingebracht, wenn auch seinerzeit mit Bezug auf klassische Planspiele. Dabei umschreibt der Begriff „serious" vor allem die explizit ernsthafte, d. h. bildungsgerichtete Zieldimension, die mit Spielen jenseits der Unterhaltung verfolgt werden kann. Es sollte jedoch noch mehr als 30 Jahre dauern, bis die Idee in den USA durch Gründung der Games for Health Initiative durch Ben Sawyer verstärkt verfolgt wurde. Die dieser Initiative zugrunde liegende Definition beschreibt Serious Games als „*any computerized game whose chief mission is not entertainment and all entertainment games which can be reapplied to a different mission other than entertainment*" (Sawyer/Smith, 2008). Das zentrale Abgrenzungsmerkmal gegenüber entertainment-orientierten Spielen ist dabei ein explizit formuliertes Bildungsziel (vgl. Tolks/Lampert, 2016). Dieses bzw. der pädagogische Inhalt muss sich dem Unterhaltungsfaktor unterordnen, d. h. die Unterhaltung des Spielenden sollte nach wie vor ein zentrales Kennzeichen darstellen. Ziel der Implementierung von Lernszenarien in Spielen ist der Wissenszuwachs sowie die Vertiefung von Kompetenzen und die Erzeugung einer intendierten Verhaltensänderung (vgl. Sostmann et al., 2010). Dabei kommen lern- und motivationsförderliche Aspekte von Spielen wie der Immersionseffekt, Storytelling, eine differenzierte und visuell ansprechende Spielumgebung sowie das Erzeugen eines Flow-Erlebnisses zur Anwendung (vgl. Wang et al., 2014).

Wie in Abb. 14.1 dargestellt, existieren neben dem Serious-Games-Ansatz zahlreiche weitere digital gestützte Lehr- und Lernmethoden, die aufgrund ihres wenig trennscharfen Gebrauchs zu einer heterogenen Forschungslage geführt haben (vgl.

Baranowski, 2018; Tolks/Lampert, 2016). Zentral erweist sich hierbei u. a. der Dachbegriff der „Entertainment Education", der sich auf die Nutzung von entertainmentorientierten Ansätzen für Bildungsanliegen bezieht. Dem steht exemplarisch der Begriff „E-Learning" gegenüber, der alle Informations- und Kommunikationstechniken subsumiert, mit deren Unterstützung ein Lernprozess gefördert werden kann.

Während Gesundheit in den Anfängen der Entwicklung von Serious Games noch ein vergleichsweise selten adressiertes Anwendungsfeld darstellte, hat in den letzten Jahren unter der Bezeichnung „Serious Games for Health" ein deutlicher Entwicklungsschub eingesetzt (vgl. Dadaczynski/Tolks, 2018; Dadaczynski et al., 2016b). Lu und Kharrazi (2018) konnten in ihrer aktuellen Übersichtsarbeit 1.743 Games for Health aus 23 Ländern identifizieren. Der größte Anteil stammt hierbei aus den USA (67 %), während Deutschland mit lediglich 2,8 % – sicherlich auch infolge der fehlenden englischen Übersetzung – seltener vertreten ist. Mit Blick auf die Zielgruppen ist die Mehrzahl der Spiele mit 84 % populationsbezogen (allgemeine Bevölkerung). Demgegenüber wurden etwa 9 % der Spiele für professionelle Akteure im Gesundheitswesen und 7 % für Patienten mit spezifischen Erkrankungen entwickelt. Inhaltlich handelt es sich bei einem Großteil der Spiele um simple Puzzlespiele (43 %). 41 % zielen hierbei auf kognitives Training. Etwa 20 % der Anwendungen verfügen über eine Art Erzählstruktur. 75 % sind mit einer Gesamtspieldauer von einer Stunde vergleichsweise kurz. Hinsichtlich möglicher Wirkungen ließen sich in einer Meta-Analyse unter Einbezug von 54 Studien die größten Effekte beim Wissenserwerb feststellen (vgl. DeSmet et al., 2014), während Connolly und Kollegen (2012) in ihrer Literaturübersicht zudem empirische Belege für die positiven Auswirkungen auf kognitive, wahrnehmungsbezogene, verhaltensbezogene, affektive und motivationale Aspekte finden.

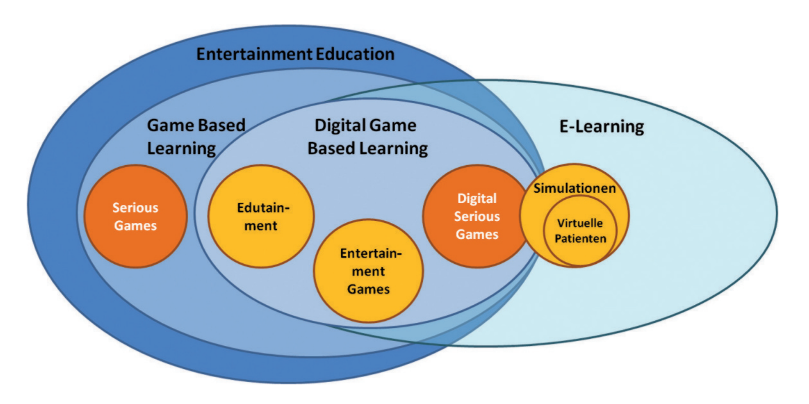


Abb. 14.1: Abgrenzung von Serious Games zu anderen Lehr- und Lernmethoden (Tolks/Lampert, 2016, S. 211)

14.2.2 Gamification

Im Gegensatz zum umfassenden Serious-Games-Ansatz umschreibt Gamification die Idee, Spielelemente in spielfremde Kontexte mit dem Ziel zu übertragen, die Motivation der Lernenden bzw. Spielenden zu erhöhen (vgl. Werbach/Hunter, 2012). Dementsprechend definieren Deterding und Kollegen (2011) Gamification als „the use of game-elements and game-design techniques in non-game contexts" (Deterding, 2011, S. 10). Gamification hat sich als Trend im Geschäfts- und Marketingsektor herausgebildet. Seine Bedeutung in der Wissenschaft spiegelt sich in einer wachsenden Anzahl an Veröffentlichungen wider (vgl. Hamari et al., 2014). Werbach und Hunter (2012) identifizierten insgesamt 15 Gamedesign-Elemente, die einen Einfluss auf das Nutzerverhalten haben. Dazu gehören beispielsweise spielerische Elemente wie Punkte, Bestenlisten, Level-Ups, Quests (Aufgaben oder Missionen) und Badges (virtuelle Auszeichnungen). Dabei sollen die Motivation und das Engagement der Nutzenden durch eine spielähnliche Erfahrung gefördert werden (vgl. Deterding, 2012).

Die motivationale Wirkung der Spielelemente lässt sich auf unterschiedliche Weise erklären. So stellen Sailer et al. (2017) den Bezug zwischen verschiedenen Gamification-Elementen und der Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2000) her. Diese definiert als Motivationstheorie drei universelle psychologische Grundbedürfnisse, die das menschliche Handeln bestimmen: (1) Kompetenz, (2) Autonomie sowie (3) soziale Eingebundenheit. Werden ein oder mehrere dieser Bedürfnisse (u. a.

durch Gamification-Elemente) angesprochen, so hat dies positive Effekte auf das Verhalten sowie seine Determinanten (vgl. Tab. 14.2). Darüber hinaus wird erwartet, dass die Erfüllung der psychologischen Bedürfnisse eine positive Veränderung des Wohlbefindens evoziert (vgl. Ryan et al., 2006). Studien konnten bereits nachweisen, dass sich Gamification positiv auf Motivation und Leistung auswirkt und zu einem langfristigen Engagement (z. B. im Bereich des Lernens) der Nutzenden führen kann (vgl. Sailer et al., 2017; Johnson et al., 2016; Turan et al., 2016). In einer aktuellen Metaanalyse von Sailer und Homner (2019) ließ sich zudem ein positiver Einfluss von Gamification zur Erreichung von Lernzielen belegen.

Tab. 14.2: Zusammenhang von psychologischen Bedürfnissen und Game-Design-Elementen (vgl. Sailer et al., 2017, S. 375)

psychologisches Bedürfnis	Game-Design-Element
Kompetenzerleben	▪ Punkte ▪ Leistungsanzeige ▪ Auszeichnungen (Badges) ▪ Bestenliste ▪ Level-System ▪ Quests
Autonomie	▪ Profilgestaltung ▪ Avatare ▪ freie Gestaltung der Aktivitäten
soziale Zugehörigkeit	▪ Teams ▪ Teamevents ▪ Bestenliste ▪ Netzwerkfunktionen (Kommentare, Likes) ▪ Epic Meaning

Die Verwendung von Gamification für gesundheitliche Zwecke ist sehr verbreitet und wird als vergleichsweise neuer Ansatz zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und seiner Determinanten eingeschätzt (vgl. Schmidt-Kraepelin et al., 2018; King et al., 2013; Cugelman et al., 2011). Dabei fokussieren viele spielbasierte Anwendungen auf die Förderung der körperlichen Gesundheit, auf die Rehabilitation chronischer Krankheiten (vgl. Schmidt-Kraepelin et al., 2018; Johnson et al., 2016) sowie auf die Förderung der psychosozialen Gesundheit (vgl. Dadaczynski et al., 2016a).

14.3 Wirkungen spielerischer Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens

Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits beschrieben, existieren auf konzeptioneller Ebene mit dem Serious-Games- und dem Gamification-Ansatz unterschiedliche Konzepte mit direktem Gesundheitsbezug. Hinzu kommen jene Angebote, die nicht der Verbesserung und dem Erhalt der Gesundheit, sondern ausschließlich der Unterhaltung der Nutzenden dienen. Solche als entertainmentorientierte Spiele bezeichneten Anwendungen wurden in der Vergangenheit vermehrt auf ihre gesundheitsbezogenen Wirkungen hin untersucht. Exemplarisch zu nennen ist eine deutsche Untersuchung von an klinischer Depression erkrankten Personen (n = 68, mittleres Alter: 46 Jahre), die per Zufallsauswahl in eine Trainingsgruppe mit Zugang zu einem Spiel oder in eine Wartegruppe gelost wurden (vgl. Kühn et al., 2018). Bei dem hier eingesetzten Spiel („Boson X“) handelt es sich um ein sogenanntes Schnelligkeitsspiel, bei dem die Spielenden eine rennende Figur durch einen Tunnel manövrieren müssen, ohne dass diese in eine der vielen Lücken fällt. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne Zugang zum Spiel ließen sich nach sechs Wochen für die Trainingsgruppe eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten (exekutive Leistung erfasst über den Zahlenverbindungstest) und eine tendenzielle Reduktion des Grübelns nachweisen. In einer weiteren, etwas älteren Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, ob Gelegenheitsspiele (engl.: *casual games*) eine positive Wirkung auf das Stressausmaß und die Stimmung entfalten können (vgl. Russioniello et al., 2009). Hierfür wurden 134 US-amerikanische Studierende randomisiert einer Spiel- und einer Kontrollbedingung zugeordnet, wobei die Interventionsgruppe gebeten wurde, ein Puzzle- oder Rätselspiel für 20 Minuten zu spielen (z. B. „Bejeweled 2“, „Peggle“). Im Gegensatz zu subjektiven Parametern erfolgte die Messung der Outcome-Parameter objektiv mittels Elektroenzephalogramm sowie der sensorischen Erfassung der Herzratenvariabilität (HRV). Dabei weisen die Ergebnisse auf eine Senkung der HRV und eine verbesserte Stimmung hin. Weitere Studienergebnisse, beispielweise zur Wirkung des bekannten Augmented-Reality-Spiels „Pokémon Go“ auf die Lebenszufriedenheit, Vitalität oder soziale Interaktionen (vgl. Ewell et al., 2019), ließen sich an dieser Stelle noch anführen. Jedoch zeigt bereits dieser kurze Einblick, dass von entertainmentorientierten Videospielen durchaus positive Effekte ausgehen können.

Bislang steht jedoch eine systematische Übersichtsarbeit bzgl. der Wirkungen von entertainmentorientierten Videospielen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden noch aus. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, sind verfügbare Übersichtsarbeiten im Bereich Serious Games und Gamification in Tab. 14.3 mit Angabe der Autoren, des untersuchten Gegenstands, der einbezogenen Anzahl an Studien und der hier ermittelten Hauptergebnisse zusammengefasst. Zwei der aufgeführten Übersichtsarbeiten fokussieren vor allem auf den Einsatz von Gamification-Elementen, wobei es sich in der Übersichtsarbeit von Sardi et al. (2017) eher um einen beschreibenden Scoping Review handelt, während Johnson et al. (2016) stärker die Wirkungen entsprechender Studien beschreiben. Gemein ist beiden Übersichtsarbeiten, dass die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden nur selten Gegenstand entsprechender Veröffentlichungen sind. Deutlich häufiger wird Gamifizierung im Kontext des Gesundheitsverhaltens – vor allem körperlicher Aktivität – und des Managements chronischer Erkrankungen sowie der Rehabilitation eingesetzt. Ebenfalls betonen beide Reviews eine hohe Spannbreite genutzter Studiendesigns und einen hohen Anteil an Untersuchungen mit geringer bis moderater Studienqualität. Mit Blick auf die eingesetzten Spielmechaniken überwiegen in der Untersuchung von Sardi et al. (2017) vor allem Feedbackelemente – einschließlich Belohnungen als Rückmeldung – sowie der Einsatz von Fortschrittsanzeigen.

Tab. 14.3: Übersichtsarbeiten zu Serious Games und Gamification im Bereich (psychische) Gesundheit

Autoren, Jahr	Bereich	N Studien	Hauptergebnis
Johnson et al., 2016	Gamification im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden	19	59 % der einbezogenen Studien belegen positive und 41 % heterogene Effekte; Wirkungen auf das Gesundheitsverhalten sind häufig und Wirkungen auf Emotionen und Stimmungen selten untersucht; etwa 60 % der Studien mit geringer bis moderater methodischer Qualität
Fleming et al., 2014	Serious Games zur Prävention und Behandlung von Depression	9 (ausschließlich pre-post-Studien)	Mehrzahl der Studien (n = 7) mit Fokus auf Kindern und Jugendlichen; n = 7 Studien mit positiven Effekten auf die Reduktion von Symptomen der Depression bei partiell höheren Remissionsraten (Spiel: „SPARX")

Autoren, Jahr	Bereich	N Studien	Hauptergebnis
Lau et al., 2017	Serious Games mit Fokus auf psychische Erkrankungen	10 (ausschließlich RCT)	Mehrzahl der Spiele ist PC-basiert (mittels CD-ROM); am häufigsten eingesetzt werden zielorientierte Spiele und Spiele zum kognitiven Training; die metaanalytische Auswertung belegt eine moderate Effektstärke bzgl. der Symptomreduktion (g = 0.55).
Nguyen et al., 2017	Serious Games im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden bei älteren Personen	24	13 von 24 Studien nutzen eine Spielkonsole als System (z. B. Nintendo Wii Fit); 17 von 24 Studien nehmen Bezug auf gesunde ältere Personen; 18 von 24 Veröffentlichungen weisen positive Effekte nach; am häufigsten untersucht sind hierbei physische und kognitive Effekte, seltener soziale Wirkungen.
Sardi et al., 2017	Gamification und Serious Games im Bereich Gesundheit	46	Die Hälfte der Veröffentlichungen hat einen Fokus auf das Management chronischer Erkrankungen bzw. Rehabilitation (n = 23), gefolgt von körperlicher Aktivität (n = 15). Nur n = 8 Veröffentlichungen beschäftigen sich mit Anwendungen im Bereich psychische Gesundheit. Feedback, Belohnungen, Fortschrittsanzeigen und soziale Interaktion sind die am häufigsten verwendeten Spielmechaniken.

Mit Blick auf Serious Games fokussieren die Übersichtsarbeiten von Fleming et al. (2014) und Lau et al. (2017) vor allem psychische Erkrankungen, wobei zur Abschätzung von Interventionseffekten ausschließlich Prä-Post-Studien und bei Lau et al. (2017) randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigt werden. Aufgrund der Homogenität des Studiendesigns ließen sich bei Lau et al. (2017) die Ergebnisse von neun der zehn identifizierten Studien metaanalytisch zusammenfassen. Bezüglich der Reduktion psychischer Symptome konnte dabei eine moderate Effektstärke ermittelt werden. Auch bei Fleming et al. (2014) wies die Mehrzahl der identifizierten Studien im Gruppenvergleich auf eine signifikante Symptomreduktion hin, wenngleich insbesondere das für die Zielgruppe der 12- bis 19-Jährigen vorgesehene Videospiel „SPARX" im Vergleich zu einer konventionellen Therapiegruppe höhere Remissionsraten aufwies. Schließlich fassen Nguyen und Kollegen (2017) die Ergebnisse von 24 Studien zu Serious Games bei älteren Menschen (> 50 Jahre) zusammen. Auch hier lässt sich eine große Bandbreite von adressierten Themen feststellen, wobei sich bei 18 Studien positive Effekte insbesondere in physischen Outcomepara-

metern (z. B. Balance und posturale Kontrolle) sowie kognitiven Indikatoren (z. B. visuelle Aufmerksamkeit, Problemlösung, logisches Denken) absichern ließen. Soziale Wirkungen, wie z. B. soziale Interaktion mit jungen Menschen oder soziale Angst, werden hingegen nur selten untersucht.

14.4 Gamifizierte Förderung des Wohlbefindens am Beispiel „ONYA"

Abschließend soll mit der Webanwendung „ONYA" ein aktuelles deutschsprachiges Beispiel zur spielerischen Förderung des psychischen Wohlbefindens vorgestellt werden.

Diese Anwendung basiert auf dem von der Mental Health Foundation Neuseeland entwickelten und erprobten Spiel „The Wellbeing Game" (TWBG) (vgl. Green, 2014) und wurde an der Leuphana Universität Lüneburg mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für den deutschsprachigen Kontext adaptiert. Aktuell wird die Anwendung evaluiert (vgl. Tolks et al., 2019). Sowohl die ursprüngliche als auch die adaptierte Anwendung basieren auf dem Konzept der *Five Ways to Wellbeing*. Den Kern dieses evidenzbasierten Ansatzes bilden fünf Dimensionen zur Förderung des Wohlbefindens, die vom National Health Service (NHS) aus Großbritannien auf Basis der Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews destilliert wurden (vgl. Aked/Thompson, 2011; Aked et al., 2008): (1) *connect,* (2) *be active,* (3) *take notice,* (4) *learn* und (5) *give.*

Im Zuge der Adaption auf den deutschsprachigen Kontext wurden die Kategorien entsprechend übersetzt und inhaltlich angepasst (vgl. Tab. 14.4).

Tab. 14.4: Fünf Wege zum Wohlbefinden (vgl. Horstmann et al., 2018, S. 306)

Fünf Wege zum Wohlbefinden	
Vernetzen	Tragfähige soziale Beziehungen sind von Bedeutung für das Wohlbefinden. Dazu gehören neben den engeren sozialen Netzwerken (Familien, Freunde) auch Bekanntschaften aus dem Arbeitsumfeld oder dem kommunalen Raum. Das Wohlbefinden wird umso mehr gefördert, je stärker das soziale Umfeld und somit die soziale Unterstützung sind.
Bewegen	Körperliche Aktivität ist seit langem als positiver Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden bekannt. Unter körperlicher Aktivität werden sowohl Sport als auch alltägliche Bewegung während der Freizeit und im beruflichen Kontext verstanden.

Achtsam sein	Achtsamkeit spielt eine relevante Rolle für das Wohlbefinden. Darunter versteht man die bewusste Wahrnehmung und das wertfreie Erleben des aktuellen Moments mit Gedanken, Gefühlen und Sinneseindrücken. Dabei handelt es sich um einen klaren Bewusstseinszustand, in dem alle inneren und äußeren Eindrücke vorurteilsfrei registriert werden.
Lernen	Lernen und die Bewältigung von Herausforderungen sind für das Wohlbefinden von Bedeutung. Lernsituationen und Herausforderungen lassen sich u. a. im Arbeitskontext (z. B. Verantwortlichkeitsbereiche erweitern, Fortbildung besuchen) und im Privatleben finden (z. B. eine neue Sprache erlernen, neue Sportart ausprobieren).
Geben	Geben in Form von Hilfsbereitschaft und prosozialem Verhalten ist relevant für das Wohlbefinden. Die Lebenszufriedenheit kann durch altruistisches und uneigennütziges Verhalten (Spenden, Ausübung eines Ehrenamts, kleine Gefälligkeiten im Alltag) gesteigert werden.

Die *Five Ways to Wellbeing* zielen grundlegend auf eine Sensibilisierung und individuelle Verhaltensänderung ab. Die Kommunikationsbotschaften ermöglichen einen niedrigschwelligen und im Alltag leicht integrierbaren Zugang und bieten genügend Spielraum für Variation sowie Auswahl zwischen unterschiedlichen Aktivitäten. Die fünf Faktoren sind dabei nicht als voneinander unabhängig zu verstehen. So kann beispielsweise eine Fahrradtour mit Freunden zeitgleich den Dimensionen „Vernetzen", „Bewegen" sowie „Achtsam sein" zugeordnet werden.

Die zentrale Idee im webbasierten Spiel „ONYA" ist die Dokumentation von Aktivitäten zur Förderung des Wohlbefindens und deren Zuordnung zu den *Five Ways to Wellbeing* (vgl. Abb. 14.2). Während der Anwendung von „ONYA" sollen Spielende für Aktivitäten sensibilisiert werden, die förderlich für das Wohlbefinden sein können. Über den niedrigschwelligen Zugangsweg der Dokumentation von Alltagsaktivitäten sollen die Nutzenden langfristig motiviert werden, diese vermehrt auszuführen und bewusster wahrzunehmen. Vergleichbar mit einem Tagebuch können die Nutzenden als Einzelspieler oder im Team alltägliche Aktivitäten in der Webapplikation erfassen und ihre Verbindung mit dem Wohlbefinden kenntlich machen. Dafür werden die Aktivitäten einem oder mehreren Faktoren des Wohlbefindens zugeordnet, die Dauer der Aktivität angegeben sowie im Rahmen einer Selbstreflexion die subjektive Wirkung der umgesetzten Aktivität auf das Wohlbefinden auf einer Skala von eins bis fünf bewertet. Als zusätzliche Funktion besteht die Möglichkeit, Bilder hochzuladen und Mitspielende zu markieren, die an der Aktivität teilgenommen haben.

Zur Förderung der Nutzungsmotivation werden im Rahmen von ONYA diverse Gamification-Elemente eingesetzt. Für jede erfasste Aktivität erhalten die Spielenden Punkte, deren Anzahl von mehreren Faktoren abhängig ist: u. a. von der Dauer der wohlbefindensteigernden Aktivitäten und der Menge der zuordenbaren *Five Ways to Wellbeing*. Eine Übersicht über den aktuellen Punktestand bietet eine Statusanzeige, die außerdem das integrierte Level-System darstellt. Die Spielenden erhalten über diese Funktion ein direktes Feedback zu ihrem Spielstand und mit dem transparenten Level-System die Möglichkeit, eine bessere Selbsteinschätzung vorzunehmen.

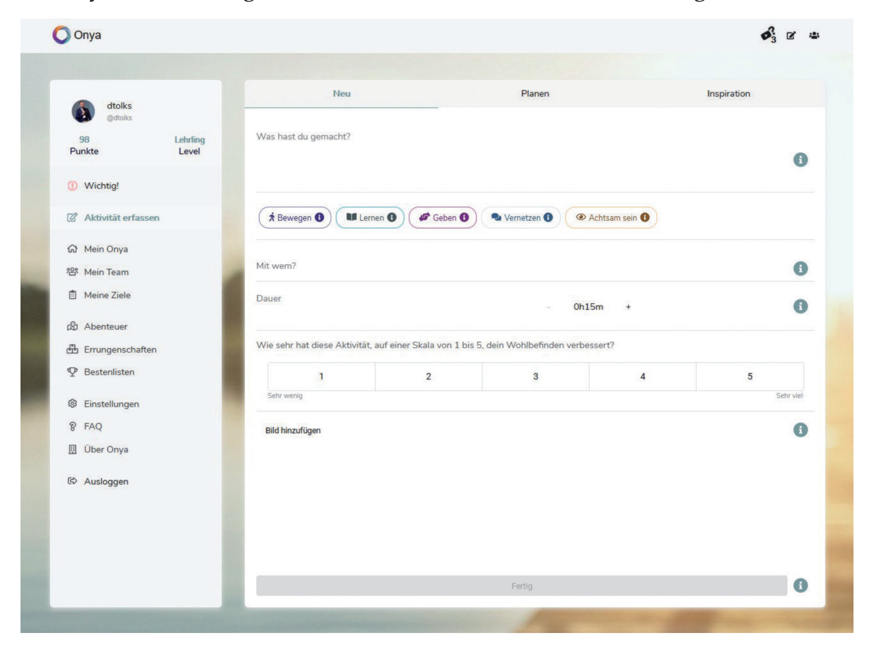


Abb. 14.2: Erfassung von Wellbeing-Aktivitäten in „ONYA“

Neben dem punktebasierten Feedbacksystem wird das Kompetenzerleben als wesentliche Dimension der in Tab. 14.1 dargestellten psychologischen Grundbedürfnisse über das Vergeben von Auszeichnungen („Badges“) angesprochen. Diese werden für das Erreichen von definierten Spielzielen vergeben, wie z. B. zehn dokumentierte Stunden in der Kategorie „Bewegung“ oder ein geplantes Teamevent. Eine Übersicht zeigt die bereits erspielten (farbig unterlegt) und noch nicht erworbenen Auszeichnungen (grau) mit den entsprechenden Spielzielen an (vgl. Abb. 14.3). Als

zusätzliche Belohnung schalten die Spielenden bei Erreichen eines neuen Levels sogenannte „Infotainments“ frei. Diese Grafiken stellen informative Fakten zu gesundheitsrelevanten Themen, die das Wohlbefinden betreffen, für die Spielenden bereit. Daneben erhalten die Spielenden Vorschläge für Aktivitäten in Form von Abenteuern („Quests“), die mit voranschreitendem Spielfortschritt an Komplexität zunehmen und mit dem Erwerb weiterer Punkte einhergehen.

Neben dem individuellen Spielen kann die Webapplikation auch im Team genutzt werden. Spielende können eigene Teams anlegen oder bestehenden Teams beitreten. Innerhalb dieser Teams können gemeinsame Aktivitäten geplant und dokumentiert werden sowie weitere Netzwerkfunktionen, wie Verlinkungen anderer Teammitglieder, die Vergabe von „Onyas“ (vergleichbar mit den „Likes“ in sozialen Netzwerken) sowie die Kommentarfunktion, genutzt werden. Alle Spielenden bzw. Teams werden in einer Bestenliste aufgeführt, sodass die Punktestände miteinander verglichen werden können. Die Bestenliste ist somit ein Wettbewerbsindikator für den Fortschritt, wobei die Leistung der Einzelspielenden bzw. Teams mit der Leistung von anderen Nutzenden in Beziehung gesetzt wird.

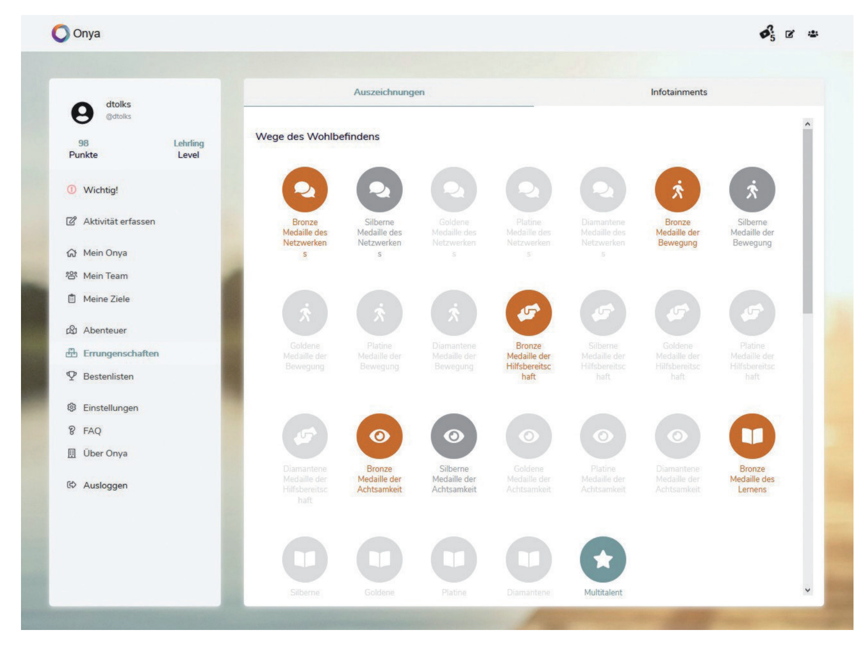


Abb. 14.3: Darstellung von Badges in „ONYA“

Über die Funktion „Inspiration“ bietet die Webapplikation schließlich die Möglichkeit, Vorschläge und Ideen für weitere Wellbeing-Aktivitäten an die Spielenden zu kommunizieren. Nutzende können diese Anregungen aufnehmen, entsprechende Aufgaben für die Zukunft anlegen („Planen“) und diese zu einem definierten Zeitpunkt erledigen. Das Autonomieerleben der Spielenden wird über die Möglichkeit der Gestaltung eines eigenen Profils sowie über die freie Wahl und Gestaltung der Wellbeing-Aktivitäten angesprochen.

14.5 Zusammenfassung und Fazit

Vor dem Hintergrund der in zahlreichen epidemiologischen Untersuchungen festgestellten Relevanz psychischer Belastungen und Beanspruchungen lässt sich ein hoher Bedarf an Maßnahmen der psychosozialen Gesundheitsförderung und Prävention ableiten. Im Gegensatz zu den bisher oftmals verfolgten printbasierten und edukativen Maßnahmen stellen digitale Maßnahmen unter Anwendung des Entertainment-Education-Ansatzes neue und innovative Präventionsstrategien dar. Mit Serious Games und Gamification wurden im Rahmen des vorliegenden Beitrags zwei solcher Strategien vorgestellt und deren Wirksamkeit anhand aktueller Befunde diskutiert. Zudem wurde mit „ONYA“ eine gamifizierte Anwendung zur Förderung des psychischen Wohlbefindens ausführlicher eingeführt. Mit Blick auf die zukünftige Forschung und Praxis gilt es dabei aus unserer Sicht, folgende Aspekte zu beachten und kritisch zu reflektieren:

- Auch wenn es sich bei beiden Ansätzen um innovative Interventionsstrategien handelt, soll hiermit keinesfalls deren ausschließlicher Einsatz propagiert werden. Im Gegenteil: Die systematische Verknüpfung mit Maßnahmen, die stärker auf der persönlichen Interaktion beruhen, ist ein wesentlicher Bestandteil psychosozialer Interventionsprogramme. Somit könnten spielerische Anwendungen durchaus einen niedrigschwelligen Zugang zur Thematik offerieren, die in einem weiteren Schritt durch „offline“-Anteile vertieft werden können.
- Beide hier vorgestellten Ansätze zeichnen sich durch einen unterschiedlichen Verknüpfungsgrad von Spiel- und Lernelementen aus. Während Gamification im Sinne einer Anreicherungslogik weniger interessante Inhalte – z. B. Gesundheit – durch spielerische Elemente attraktiver gestaltet, basiert der Serious-Games-Ansatz auf einer ausgefeilten Balance von Spiel- und Lernan-

teilen. Dabei läuft der Gamification-Ansatz schnell Gefahr, an Attraktivität zu verlieren, sobald sich aufseiten des Nutzenden ein Sättigungseffekt eingestellt hat. Im Gegensatz dazu kann eine fehlende Balance eines Serious Games dazu führen, dass dieses als wenig attraktives Lernspiel oder aber als Unterhaltungsspiel ohne Lerneffekt wahrgenommen wird.

- Wie bereits festgestellt, weist die Mehrzahl der verfügbaren spielerischen Anwendungen einen verhaltensbasierten Fokus auf. Gerade die Gesundheitsförderung und Prävention zeichnen sich jedoch durch eine ganzheitliche Determination von Gesundheit aus und berücksichtigen ebenfalls die Strukturen und Rahmenbedingungen sowie deren Einfluss auf Gesundheit. Mittlerweile existieren erste Ansätze mit verhältnispräventivem Fokus (vgl. Döring et al., 2018; Kapp et al., 2018), die zukünftig weiter auszubauen sind, um dem ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung gerecht zu werden.
- Obgleich in den vergangenen Jahren in Deutschland eine stärkere Auseinandersetzung mit spielerischen Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention zu beobachten ist, mangelt es nach wie vor an einer ausreichenden theoretischen sowie empirischen Unterfütterung. Zukünftig bedarf es vermehrt qualitativ hochwertiger Evaluationsstudien, um die in anderen Ländern festgestellten Wirkungen zu replizieren.

Literatur

Abt, C. C. (1970). *Serious Games*. New York: Viking Press.

Aked, J./Marks, N./Cordon, C./Thompson, S. (2008). *Five ways to wellbeing. A report presented to the Foresight Project on communicating the evidence base for improving people's well-being*. London: The New Economics Foundation.

Aked, J./Thompson, S. (2011). *Five ways to wellbeing. New applications, new ways of thinking*. London: The New Economics Foundation.

Baranowski, T. (2018). *Games for health research – Past, present, and future.* Prävention und Gesundheitsförderung, 13 (4), S. 333–336.

Becker, P. (1991). *Theoretische Grundlagen.* In: Abele, A./Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim: Juventa, S. 13–49.

Bitkom e. V. (2018). *Die Gaming Trends 2018.* https://tinyurl.com/yxahb2rm (20.08.2019).

Brähler, E./ Mühlan, H./ Albani, C./ Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. Diagnostica, 53 (2), S. 83–96.

Connolly, T. M./Boyle, E. A./MacArthur, E./Hainey, T. et al. (2012). *A systematic literature review of empirical evidence on computer games and serious games.* Computers & Education, 59 (2), S. 661–686.

Cugelman, B./Thelwall, M./Dawes, P. (2011). *Online Interventions for Social Marketing Health Behavior Change Campaigns: A Meta-Analysis of Psychological Architectures and Adherence Factors.* Journal of Medical Internet Research, 13 (1), S. 17.

Dadaczynski, K./Paulus, P./Schiemann, S. (2016a). *Psychosoziale Gesundheitsförderung durch digitale Spielanwendungen? Vom Widerspruch zur lohnenswerten Präventionsperspektive.* In: Dadaczynski, K/Schiemann, S./Paulus, P. (Hrsg.): Gesundheit spielend fördern. Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Beltz Juventa, S. 307–333.

Dadaczynski, K./Schiemann, S./Paulus, P. (Hrsg.) (2016b). *Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention.* Weinheim: Beltz Juventa.

Dadaczynski, K./Tolks, D. (2018). *Spielerische Ansätze als innovative Kommunikationsstrategie der Gesundheitsförderung und Prävention.* Prävention und Gesundheitsförderung, 13, S. 269–271.

DeSmet, A./Ryckeghem, D. van/Compernolle, S./Baranowski, T. et al. (2014). *A meta-analysis of serious digital games for healthy lifestyle promotion.* Preventive Medicine, 69, S. 95–107.

Deterding, S. (2012). *Gamification: designing for motivation.* Forum Social Mediator, 19 (4), S. 14–17.

Deterding, S./Dixon, D./Khaled, R./Nacke, L. (2011). *From game design elements to gamefulness: defining gamification.* In: Lugmayr, A. (Hrsg.): Proceedings of the 15th international academic MindTrek conference: Envisioning future media environments. Tampere: ACM, S. 9–15.

Diener, E./Scollon, C. N./Lucas, R. E. (2009). *The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness.* In: Diener, E. (Hrsg.): Assessing Well-Being. The collected works of Ed Diener. Heidelberg: Springer, S. 67–100.

Döring, S./Lange, L./Schade, C. (2018). *Ein Serious Game für Führungskräfte im Pflegebereich.* Prävention und Gesundheitsförderung, 13, S. 292–297.

Ewell, P. J./Quist, M. C./Øverup, C. S./Watkins, H. et al. (2019). *Catching more than pocket monsters: Pokémon Go's social and psychological effects on players.* The Journal of Social Psychology, 2019, S. 1–6.

Fleming, T. M./Bavin, L./Stasiak, K./Hermansson-Weeb, E. et al. (2017). *Serious games and gamification for mental health: current status and promising directions.* Frontiers in Psychiatry, 7 (1), S. 215.

Fleming, T. M./Cheek, C./Merry, S. N./Thabrew, H. et al. (2014). *Serious games for the treatment or prevention of depression: a systematic review.* Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 19 (3), S. 227–242.

Green, J. (2014). *The Wellbeing Game 2013. Evaluation Report*. Canterbury District Health Board.

Hamari, J./Koivisto, J./Sarsa, H. (2014). *Does gamification work? – A literature review of empirical studies on gamification.* 47th Hawaii International Conference on System Sciences, S. 3025–3034. https://tinyurl.com/y5k3257r (18.09.2019).

Hoffmann, C./Schupp, J. (2018). *Werte und Einstellungen.* In: StBA – Statistisches Bundesamt/WZB – Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: bpb.

Horstmann, D./Tolks, D./Dadaczynski, K./Paulus, P. (2018). *Förderung des Wohlbefindens durch „Gamification“. Ein Projekt zur Anpassung und Evaluation des „Wellbeing Games“ für den deutschsprachigen Kontext.* Prävention und Gesundheitsförderung, 13, S. 305–311.

Johnson, D./Deterding, S./Kuhn, K. A./Staneva, A. et al. (2016). *Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature.* Internet Interventions, 6, S. 89–106.

Kapp, F./Rapp, J./Rose, J./Kruse, L. et al. (2018). *Das Simulationsspiel „Kultur der Prävention“. Wie man mit einem „serious game“ das Bewusstsein für die eigene Präventionskultur adressieren kann.* Prävention und Gesundheitsförderung, 13, S. 298–304.

King, D./Greaves, F./Exeter, C./Darzi, A. (2013). *„Gamification“: influencing health behaviours with games.* Journal of the Royal Society of Medicine, 106 (3), S. 76–78.

Krieger, T./Zimmermann, J./Huffziger, S./Ubl, B. et al. (2014). *Measuring depression with a well-being index: further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression.* Journal of Affective Disorders, 156, S. 240–244.

Kühn, S./Berna, F./Lüdtke, T./Gallinat, J. et al. (2018). *Fighting depression: action video game play may reduce rumination and increase subjective and objective cognition in depressed patients.* Frontiers in Psychology, 9, S. 129.

Lampert, C./Schwinge, C./Tolks, D. (2009). *Der gespielte Ernst des Lebens: Bestandsaufnahme und Potenziale von Serious Games (for Health).* Medienpädagogik, 15/16, S. 16.

Lampert, C./Tolks, D. (2016). *Grundtypologie von digitalen Spieleanwendungen im Bereich Gesundheit.* In: Dadaczynski, K./Schiemann, S./Paulus, P. (Hrsg.): Gesundheit spielend fördern. Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Beltz Juventa, S. 218–233.

Lau, H. M./ Smit, J. H./Fleming, T. M./Riper, H. (2017). *Serious Games for Mental Health: Are They Accessible, Feasible, and Effective? A Systematic Review and Meta-analysis.* Frontiers in Psychiatry, 7, S. 209.

Lehr, D./Heber, E./Sieland, B./Hillert, A. et al. (2016). *„Occupational eMental Health“ in der Lehrergesundheit.* Prävention und Gesundheitsförderung, 11 (3), S. 182–192.

Lu, A. S./Kharrazi, H. (2018). *A State-of-the-Art Systematic Content Analysis of Games for Health.* Games for Health Journal, 7 (1), S. 1–15.

Mayring, P. (1991). *Die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens.* In: Abele, A./Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim: Juventa, S. 51–70.

Nguyen, T. T. H./Ishmatova, D./Tapanainen, T./Liukkonen, T. N. et al. (2017). *Impact of serious games on health and well-being of elderly: a systematic review.* https://tinyurl.com/y3urf4sq (28.07.2019).

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). *How's Life? Measuring Well-Being, OECD Publishing.* https://tinyurl.com/y2h5fpoy (28.07.2019).

Paulus, P. (1994). *Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit.* Göttingen: Hogrefe.

Russioniello, C. V./O'Brien, K./Parks, J. (2009). *The effectiveness of casual video games in improving mood and decreasing stress.* Journal of Cyber Therapy & Rehabilitation, 2, S. 53–66.

Ryan, R. M./Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being.* American Psychologist, 55 (1), S. 68.

Ryan, R. M./Rigby, C. S./Przybylski, A. (2006). *The motivational pull of video games: A self-determination theory approach.* Motivation and Emotion, 30 (4), S. 344–360.

Ryff, C.D./Keyes, C. L. M. (1995). *The structure of psychological well-being revisited.* Journal of Personality and Social Psychology, 69, S. 719–727.

Sailer, M./Hense, J. U./Mayr, S. K./Mandl, H. (2017). *How gamification motivates: An experimental study of the effects of specific game design elements on psychological need satisfaction.* Computers in Human Behavior, 69, S. 371–380.

Sailer, M./Homner, L. (2019). *The Gamification of Learning: a Meta-analysis*. Educational Psychology Review, S. 1–36. https://doi.org/10.1007/s10648-019-09498-w (24.09.2019).

Sardi, L./Idri, A./Fernández-Alemán, J. L. (2017). *A systematic review of gamification in e-Health.* Journal of Biomedical Informatics, 71, S. 31–48.

Sawyer, B./Smith, P. (2008). *Serious Games Taxonomy*. https://tinyurl.com/y3ed7o5n (15.08.2019).

Schmidt-Kraepelin, M./Thiebes, A./Baumsteiger, S./Sunyaev, D. (2018). *State Of Play: A Citation Network Analysis Of Healthcare Gamification Studies*. https://tinyurl.com/y2ov8bm3 (15.08.2019).

Schumacher, J./Klaiberg, A./Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.

Sostmann, K./Tolks, D./Fischer, M./Buron, S. (2010). *Serious Games for Health: Spielend lernen und heilen mit Computerspielen?* GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, 6, S. 1–8.

Tolks, D./Dadaczynski, K./Horstmann, D. (2018). *Einführung in die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft von Serious Games (for Health).* Prävention und Gesundheitsförderung, 13 (4), S. 272–279.

Tolks, D./Lampert, C. (2016). *Abgrenzung von Serious Games zu anderen Lehr- und Lernkonzepten.* In: Dadaczynski, K./Schiemann, S./Paulus, P. (Hrsg.): Gesundheit spielend fördern. Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Beltz Juventa, S. 191–217.

Tolks, D./Sailer, M./Dadaczynski, K./Lampert, C. et al. (2019). ONYA – The Wellbeing Game: How to Use Gamification to Promote Wellbeing. Information, 10 (2), S. 58.

Topp, C. W/Østergaard, S. D./Søndergaard, S./Bech, P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature.* Psychotherapy and Psychosomatics, 84 (3), S. 167–176.

Turan, Z./Avinc, Z./Kara, K./Goktas, Y. (2016). *Gamification and Education: Achievements, Cognitive Loads, and Views of Students.* International Journal of Emerging Technologies in Learning (IJET), 11 (07), S. 64–69.

Wang, H./Singhal, A./Kim, D./Singhal, A. et al. (2014). *Digital Games: The SECRET of Alternative Health Realities.* In: Kim, D. K./Singhal, A./Kreps, G. L. (Hrsg.). Global Health Communication Strategies in the 21st Century: Design, Implementation, and Evaluation. New York: Peter Lang, S. 67–79.

Werbach, K./Hunter, D. (2012). *For the win: How game thinking can revolutionize your business*. Philadelphia: Wharton Digital Press.

WHO – World Health Organisation (1948). *Constitution of the World Health Organization.* https://tinyurl.com/c36gftc (18.09.2019).

WHO – World Health Organization (2007). *Mental health: strengthening mental health promotion. Fact sheet N° 220*. https://tinyurl.com/y2rdz4v6 (12.09.2019).

15 Stressmessung und Diagnose – Möglichkeiten und Grenzen

ANNE-KATRIN PUSCHMANN; ANDREA BLOCK;
PIA-MARIA WIPPERT

Dieser Beitrag bietet eine Einführung in grundsätzliche Möglichkeiten und Ansätze der Stressmessung. Es werden objektive und subjektive Verfahren zur Erhebung von Stress vorgestellt. Eine Herausforderung stellt dabei die Komplexität des Konstruktes Stress sowie dessen fehlende allgemein akzeptierte Definition und die damit einhergehende Heterogenität der Methoden dar. Der Beitrag beginnt mit der Definition wichtiger Begriffe. Nachfolgend werden Möglichkeiten zur Erfassung von Stressoren, der kognitiv-emotionalen Reaktion, der behavioralen Reaktion sowie der physiologischen Stressreaktion dargestellt, wobei getrennt auf die Induktion und Messung einer akuten Stressreaktion und die Messung chronischer Stressbelastungen eingegangen wird.

15.1 Einleitung

Im Bewusstsein der oftmals (fälschlich) synonymen Verwendung des Wortes „Stress" als Ursache und Wirkung wird hier zwischen zwei grundlegenden Begriffen unterschieden: Stress bzw. *Stressreaktion* als Folge von *Stressoren*, die deren Ursache sind.

Der heute verwendete Stressbegriff geht auf Hans Selye (1907–1982) zurück, der die Stressreaktion als eine unspezifische physiologische Reaktion des Organismus auf jegliche Anforderung an eine veränderte Umwelt definierte (vgl. Selye, 1975). Durch diese Stimuli mit Anforderungscharakter (= Stressoren) – physikalisch, kognitiv oder emotional – wird das Gleichgewicht des (menschlichen) Organismus gestört und folglich eine Anpassungsreaktion notwendig. Diese Reaktion dient der Homöostase, also der Wiederherstellung des Gleichgewichts und Wohlbefindens. Sie wird durch die individuelle Bewertung der Anforderungen der Situation und der vorhandenen Ressourcen zum Umgang mit dem Stressor modifiziert (vgl. Selye, 1975).

Stressoren: Eine Vielfalt an extrinsischen, aus der Umwelt kommenden, sowie intrinsischen, aus der Person selbst kommenden, Faktoren können potenzielle Stressoren darstellen: subjektive und objektive Gefahrensituationen, Hunger, Kälte, Reiz-

überflutung, z. B. Lärm, Verletzungen, Versagensängste, Isolation, Leistungsdruck, persönliche Konflikte, Verlusterlebnisse, Traumata sowie auch die Antizipation von stresshaften Situationen. Zum Stressor werden diese Einflussfaktoren durch ihre subjektiv hohe Bedeutung für das Individuum, die durch situative Merkmale und formale Parameter, wie Grad der Beeinflussbarkeit, Kontrollierbarkeit und Vorhersagbarkeit, mitbestimmt wird (vgl. Lazarus, 1990). Stressoren können nach ihrer Art (z. B. physisch vs. psychologisch), ihrer Intensität (z. B. Mikrostressoren des Alltags (daily hassles) vs. traumatische lebensbedrohliche Ereignisse) und Dauer (akute Stresssituation, z. B. Prüfungssituation vs. chronischer Stress, z. B. Überlastung bei der Arbeit oder Pflege eines kranken Angehörigen) unterschieden werden. Diese können spezifische Reaktionsmuster nach sich ziehen.

Stressreaktion: Bei einer Stressreaktion kommt es auf verschiedenen Ebenen des Organismus zu Veränderungen. Auf der neurohormonellen Ebene wird die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse) aktiviert, mit der Ausschüttung von Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) aus dem Hypothalamus, das die Ausschüttung von ACTH (Adrenocorticotropin) aus der Hypophyse und in der Folge von Kortisol aus der Nebennierenrinde bewirkt. Weiterhin wird die Sympathikus-Nebennierenmark-Achse zur Ausschüttung von Neurotransmittern wie Adrenalin und Noradrenalin aktiviert, womit es insgesamt zur Bereitstellung und Verteilung größerer Energiemengen durch die Aktivierung von Kreislauf, Atmung und Stoffwechsel kommt. Neben den genannten Achsen reagieren zeitverzögert weitere endokrine Systeme auf Stress wie die Hypothalamus-Hypophysen-Wachstumshormon-Achse, die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse und das Hypothalamus-Hypophysen-Prolaktinerge-System (vgl. Wippert et al., 2017). Auf der psychischen Ebene verbessern sich die Aufmerksamkeit und Reaktionsbereitschaft, um auf mögliche Bedrohungen reagieren zu können. Die Wirkung dieser ersten Stressantwort ist damit einerseits physisch und kognitiv aktivierend, schmerzhemmend und andererseits antireproduktiv, wachstums- und immunsuppressiv und sollte zunächst kurzfristig sein. Die aktivierten Systeme erholen sich i. d. R. nach der Stresssituation wieder und der Ausgangszustand wird wiederhergestellt.

Allostase: Sterling und Ever sowie nachfolgend McEwen erweiterten die Stressdefinition maßgeblich, indem sie den Begriff der „Allostase“ einführten, definiert als die Fähigkeit eines Organismus, die Stabilität des internen Milieus durch Verän-

derung aufrechtzuerhalten (vgl. Sterling/Eyer, 1988; McEwen, 1998). Die Fähigkeit zur Allostase – also die Anpassungsreaktion an veränderte (Umwelt-)Bedingungen – wird zentral über das Gehirn gesteuert. Sie umfasst eine Vielzahl an physiologischen Systemen und beeinflusst oftmals auch das Verhalten. Ist die allostatische Reaktion eines Organismus durch massive oder chronische Stressoren inadäquat, verlängert oder überbeansprucht, führen diese (ursprünglich adaptiven) Prozesse zu negativen gesundheitlichen Effekten, die McEwen als „allostatische Last" beschreibt und über den „Allostatic Load Index" messbar macht (vgl. McEwen, 2007; Juster et al., 2010; McEwen/Wingfield, 2010; McEwen/Bulloch, 2019).

15.2 Methoden der Stressmessung

Aufgrund der Mehrdimensionalität des Begriffes „Stress" ergibt sich eine Vielzahl an Messmethoden, die auf verschiedenen Ebenen des Konstruktes ansetzen. Die Wirkungen von (potenziellen) Stressoren auf den menschlichen Körper lassen sich auf emotional-kognitiver, behavioraler oder physiologischer Ebene messen. Hinzu kommt eine zeitliche Dimension, die zwischen akuten und chronischen Bedingungen unterscheidet, sowohl auf Seiten der Stressreaktion als auch auf Seiten der Stressoren. Auf der physiologischen Ebene sind Methoden der Messung einer Aktivität auf den verschiedenen Hypothalamus-Hypophysen-Achsen (z. B. der HHN-Achse mittels Kortisol) dokumentiert. Eine erweiterte Untersuchung der Folgen chronischer Stressbelastung ermöglicht dann der Index der allostatischen Last.

15.2.1 Erfassung des Stressors

Die hier verwendeten Verfahren unterscheiden sich je nach Art des Stressors. Will man häufig auftretende alltägliche Mikrostressoren (sogenannte daily hassles) oder stärker wirkende, sogenannte kritische Lebensereignisse erfassen, kommen meist Ereignischecklisten oder Fragebögen, die typische kritische Lebensereignisse abfragen, oder auch interviewgestützte Verfahren zum Einsatz. Beispiele sind das *Inventory of Stressful Life Events* (ILE, vgl. Siegrist/Geyer, 2012), das *Early Trauma Inventory* (ETI, vgl. Wingenfeld et al., 2011) oder auch das *Stress and Adversity Inventory for Adults* (STRAIN, vgl. Sturmbauer et al., 2019). Zu beachten ist bei diesen Verfahren, dass sowohl die zeitliche Dimension (akut vs. chronisch) als auch die Anzahl und subjektive Belastung der Ereignisse erfasst werden, die für jedes Ereignis intrapersonell

verschieden sein können. Dies erschwert die Einschätzung der Gesamtbelastung, die von diesen Ereignissen hervorgerufen werden kann.

Zur subjektiven Erfassung chronischer Stresserfahrungen, also Belastungen, die sich vergleichsweise konstant über einen längeren Zeitraum erstrecken, können ebenfalls Fragebogenverfahren zum Einsatz kommen, z. B. das *Trierer Inventar zum Chronischen Stress* (TICS, vgl. Schulz et al., 2004), die *Perceived Stress Scale* (PSS, vgl. Cohen et al., 1983; Warttig et al., 2013) oder der *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ, vgl. Fliege et al., 2005). Im Arbeitskontext kann der auf Basis des *Effort-Reward-Imbalance*-Modells entwickelte gleichnamige Fragebogen eingesetzt werden (ERI, vgl. Siegrist et al., 2004). Eine Aussage z. B. über die Stress-„Menge" oder objektive Anzahl der Stresserfahrungen kann mit diesen Verfahren allerdings nicht getroffen werden.

15.2.2 Erfassung der kognitiv-emotionalen Reaktion

Die kognitiv-emotionale Reaktion, die sich an die Bewertung eines Reizes als Stressor anschließt, kann durch gängige Abfragen der aktuellen Stimmung mittels Stimmungs- und Befindlichkeitsskalen, z. B. die *Aktuelle Stimmungsskala* (AST, vgl. Dalbert, 1992; deutsche Version des Profile of Mood States, POMS, vgl. Curran et al., 1995) oder das *State Trait Anxiety Inventory* (STAI, vgl. Laux et al., 1981), erfolgen. Im Kontext eines Stressexperimentes, bei dem ein standardisierter Stressor eingesetzt wird, werden häufig Adjektivlisten eingesetzt, um Veränderungen der Stimmung zu erfassen, z. B. *Positive und Negative Affect Schedule* (PANAS, deutsche Version von Krohne et al., 1996).

Möchte man die psychische Befindlichkeit längerfristig beurteilen und mit der Stresssituation/-phase in Beziehung setzen, können übliche Instrumente zur Erfassung von Angst- oder Depressionssymptomen (z. B. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS, vgl. Herrmann et al., 1995), *Beck Depressions-Inventar* (BDI-II, vgl. Hautzinger et al., 2006) oder *Physical Health Questionnaire-9* (PHQ-9, vgl. Kroenke et al., 2001)) eingesetzt werden. Diese Verfahren messen nicht Stress im engeren Sinne, sondern durch Stress beeinflussbare psychologische Konstrukte.

15.2.3 Erfassung des Verhaltens

Auf der Verhaltensebene können mit Fragebögen vor allem die eingesetzten Strategien im Umgang mit verschiedenen Stressoren erfasst werden. Im deutschsprachigen

Raum eignet sich dafür z. B. der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF, vgl. Erdmann/Janke, 2008), der es ermöglicht, sowohl in aktive als auch passive Stressverarbeitungsstrategien zu unterteilen und damit auch die Möglichkeit der gezielten Intervention eröffnet. Auch hier können strukturierte Interviews oder Tagebücher zum Einsatz kommen.

Zur Erfassung des Verhaltens während und nach einer akuten Stressreaktion gibt es bisher keine einheitlichen Vorgehensweisen; diese sind abhängig vom interessierenden Thema. Schwierig ist hier die Operationalisierung des stress-assoziierten Verhaltens bzw. der Verhaltensänderung und die Rückführung auf die zuvor durchgeführte Stressintervention, da auch andere Faktoren wie die vorherige (chronische) Stressexposition Einfluss auf die Ergebnisse haben können.

15.2.4 Erfassung physiologischer Reaktionen

Im Folgenden wird die Messung von Stressreaktivität und Stressbelastung am Beispiel der HNN-Achse und umfassender mithilfe des ALI dargestellt. Die HHN-Achse ist die meistuntersuchte Stressachse; die hier beschriebenen Methoden sind vielfach angewandt und validiert. Dabei wird auf die ausführliche Darstellung der zugehörigen Labor-Analysemethoden verzichtet, da sich diese von Labor zu Labor unterscheiden können und fortwährend weiterentwickelt werden.

Methoden der Kortisolmessung

Das klassische und umfassend untersuchte Stresshormon Kortisol kann sowohl im Blut, im Urin, im Speichel als auch im Haar gemessen werden. Die Erfassung des *freien Kortisols* (sowie weiterer Marker der HHN-Achse, wie DHEA-S, ACTH) aus Speichelproben ist ein fester Bestandteil der Stressmessung, da sich damit sowohl die akute Stressreaktion abbilden lässt als auch Veränderungen der Funktion der HHN-Achse feststellen lassen. Diese Veränderungen werden häufig auch mit Störungen der psychischen und physischen Gesundheit in Verbindung gebracht (vgl. Adam et al., 2017).

Akuter Stress – die standardisierte Stressinduktion

Da Stress bei Menschen häufig durch soziale Interaktionen oder Anforderungen aus dem sozialen Umfeld oder Arbeitskontext hervorgerufen wird, besteht die Herausforderung der experimentellen Stressinduktion darin, geeignete Operationalisierungen

mit hoher Standardisierung zu finden, die eine hohe Validität gewährleisten. Eine in der Stressforschung bewährte experimentelle Belastungssituation stellt das bereits 1977 von Jahnke entwickelte und seitdem vielfach untersuchte und weiterentwickelte Paradigma der öffentlichen Rede dar (vgl. Erdmann/Voigt, 1995). Hierbei werden Untersuchungsteilnehmende gebeten, nach einer gewissen Vorbereitungszeit eine Rede zu einem vorgegebenen Thema zu halten. Sie werden dabei von einem realen oder virtuellen Publikum beobachtet und/oder mit einer Video-Kamera aufgezeichnet. Sie bekommen dazu die Information, dass die Aufzeichnung später durch Expertinnen und Experten beurteilt wird (vgl. Erdmann/Voigt, 1995). In der standardisierten und vielfach validierten Weiterentwicklung des Paradigmas, dem Trierer Sozialen Stress Test (TSST), kommt ergänzend eine schwierige Kopfrechenaufgabe hinzu (vgl. Kirschbaum et al., 1993). Selbstaufmerksamkeit und soziale Ängste werden durch das öffentliche Sprechen und die mögliche Bewertung durch ein Publikum, dessen Leistungsstandards nicht bekannt sind, aktiviert (vgl. Dickerson/Kemeny, 2004). Dadurch wird zuverlässig eine Stressantwort ausgelöst, die sich sowohl auf physiologischer (Herzfrequenz, Blutdruck etc.), auf endokrinologischer (u. a. Anstieg von ACTH, Kortisol und Adrenalin) als auch auf psychischer Ebene (Erregung, Angst, Ärger, Selbstunsicherheit, beeinträchtigtes Wohlbefinden) zeigt und damit messbar wird (vgl. Dickerson et al., 2008; Foley/Kirschbaum, 2010). Das beschriebene Paradigma zeichnet sich durch eine hohe ökologische Validität aus, da es durch die Komponente der sozialen Bewertung eher Stresssituationen des alltäglichen Lebens ähnelt als rein kognitive oder psychomotorische Stressoren (vgl. Dickerson/Kemeny, 2004; Dickerson et al., 2008; Foley/Kirschbaum, 2010).

Der experimentell induzierte Stress und die damit einhergehende Aktivierung der HHN-Achse können beim Menschen über die Änderung der Kortisolkonzentration im Speichel im Verlauf der Stressaufgabe ermittelt werden. Bei erfolgreicher Aktivierung der HHN-Achse – also bei erfolgreicher Stressinduktion – erfolgt nach einer kurzen Verzögerung ein Anstieg des freien Kortisols. Dieses ist im Speichel, aber auch im Blut messbar (vgl. Tornhage, 2009; für weitere stress-reaktive Biomarker vgl. Foley/Kirschbaum, 2010).

Generell gilt für Stressprotokolle, die eine akute Stressreaktion hervorrufen sollen, folgender allgemeiner Ablauf:

1) Der interessierende Marker – z. B. Herzrate oder Speichelkortisol – wird zu mehreren definierten Zeitpunkten vor, während bzw. nach der Stressexposition gemessen (z. B. bei TSST, siehe Protokoll von Kirschbaum et al., 1993).
2) *Vor* der Stressexposition sollte eine Baseline-Messung nach einer Ruhephase (30–40 min.) stattfinden, um einen Ausgangswert zu haben, der nicht durch akuten Stress beeinflusst ist.
3) Die Messung *nach* der Stressexposition sollte der interessierenden Fragestellung bzw. dem Verlauf des entsprechend zu messenden Markers angepasst sein. Interessiert man sich für den Verlauf der Herzrate, ist sicherlich ein kürzeres Messprotokoll nötig als wenn man Kortisol im Speichel messen möchte. Dieses reagiert z. B. erst vollständig bis zu 20 min. nach Stressor-Onset und fällt dann langsam wieder ab. Möchte man die gesamte Reaktion abbilden, sollte dieser Verlauf in die Planung der Probensammlung einbezogen werden. Die Herzrate dagegen reagiert schneller auf den Stressor und wird nach Beendigung der Stressreaktion auch schneller herunterreguliert (vgl. Foley/Kirschbaum, 2010; Allen et al., 2017).

Trotz standardisierten Vorgehens ist auch hier einiges zu beachten: So unterscheiden sich z. B. die Stressreaktionen von Männern und Frauen sowie bei Frauen in Abhängigkeit ihres hormonellen Status. Letzterer sollte daher erhoben oder anderweitig kontrolliert werden. Weiterhin gibt es altersabhängige Unterschiede in der Reaktivität der HHN-Achse sowie genetische Einflüsse, die zu einer grundlegenden interindividuell unterschiedlich ausgeprägten Stressreaktivität beitragen (für eine Übersicht vgl. Foley/Kirschbaum, 2010; Allen et al., 2017).

Anhaltender bzw. chronischer Stress

Jenseits der Reaktion auf akuten Stress interessiert ebenfalls, wie der aktuelle Zustand der Stresssysteme ist bzw. inwiefern sich eine chronische Stressbelastung bereits in körperlichen Veränderungen niederschlägt. Nachfolgend werden verschiedene Varianten der Kortisolmessung im Verlauf beschrieben.

Kortisol-Aufwach-Reaktion

Die Kortisol-Aufwach-Reaktion (Cortisol Awakening Response, CAR) bezeichnet den starken morgendlichen Anstieg des Kortisolspiegels in den ersten 30–45 min.

nach dem Aufwachen, der Teil der normalen menschlichen zirkadianen Rhythmik ist. Abweichungen dieses Anstiegs weisen auf veränderte Prozesse innerhalb des Stresssystems hin (vgl. Stalder et al., 2016). Zur Erfassung der CAR sind verschiedene methodische Aspekte zu beachten:

- *Zeitpunkt*: Da die CAR u. a. davon abhängt, ob die Speichelproben an einem Werktag oder Wochenende genommen werden, sollte dies in der Planung der Probensammlung berücksichtigt werden. Allgemein wird empfohlen, die CAR an mindestens zwei oder mehr Tagen, gleichmäßig verteilt auf Werk- und Wochenendtage, zu erheben. Die erste Probe sollte direkt nach dem Aufwachen genommen werden, und die Teilnehmenden sollten die genaue Zeit des Aufwachens dokumentieren. Stalder und Kollegen empfehlen in ihrem Konsensus-Statement mindestens drei Proben für eine valide Erfassung der CAR (beim Aufwachen sowie 30 min. und 45 min. danach) (vgl. Stalder et al., 2016). Niedrigeres Kortisol bei der ersten Probe scheint mit einer höheren CAR einherzugehen und umgedreht, daher ist die akkurate Dokumentation und die genaue Einhaltung der Prozedur durch die Teilnehmenden für die Validität der Ergebnisse entscheidend. Hierbei können objektive Verfahren zur Erfassung der korrekten Aufwach- und Probeentnahmezeit unterstützen (vgl. Stalder et al., 2016).
- *Instruktionen für die Zeit nach dem Aufwachen*: Die Studienteilnehmenden sollten zwischen dem Aufwachen und dem Ende der Proben-Sammel-Phase idealerweise weder essen, rauchen noch Kaffee trinken sowie keinen Sport machen, da die Hormonsekretion davon stark beeinflusst wird. Zahnhygiene sowie die Art des Aufwachens (spontan vs. Wecker) haben hingegen keinen Einfluss auf die Messung. Sollte die Einhaltung dieser Instruktionen schwierig umzusetzen sein, sollten die Teilnehmenden zumindest dazu motiviert werden, diese potenziell Einfluss nehmenden Aktivitäten gut zu dokumentieren, sodass sie in die spätere Datenverarbeitung aufgenommen werden können. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass die Teilnehmenden sich nach dem Essen/Trinken/Rauchen/Zähneputzen den Mund ausspülen und 1–2 min. vor der Probennahme die genannten Aktivitäten nicht durchführen (vgl. Stalder et al., 2016).

- *Kontrollvariablen*: Weitere Variablen wie der hormonelle Zyklus bei Frauen, jahreszeitliche Veränderungen z. B. des Lichtes, Alter, Geschlecht, Aktivitäten am Vortag, Rauchgewohnheiten, Essgewohnheiten, Übergewicht oder die Nutzung oraler Kontrazeptiva können nicht durch Instruktionen beeinflusst werden und sollten daher standardisiert mit erhoben werden (vgl. Stalder et al., 2016).

Kortisol-Tagesprofil

Im Normalfall folgt der Kortisolspiegel einer Tagesrhythmik: mit hoher Ausschüttung direkt nach dem Aufwachen, einer Steigerung des Spiegels in den 30–45 min. nach dem Aufwachen um 50–60 % sowie einem Abfall des Spiegels über den Tag hinweg mit dem Tiefpunkt zur Zeit des zu-Bett-Gehens. Infolge akuter Stresssituationen kann es tagsüber i. d. R. noch einmal einen kleineren Anstieg geben (vgl. Adam/Kumari, 2009; Adam et al., 2017). Das heißt, der Kortisolspiegel variiert mit der Tageszeit. Diese Variationen sind zudem interindividuell stark verschieden (vgl. Adam et al., 2017). Die Kortisol-Tagesrhythmik reagiert ebenso wie die CAR sensitiv auf Stress und negative Ereignisse/Erfahrungen. Eine gestörte Kortisol-Tagesrhythmik zeigt sich in einem abgeflachten Tagesprofil und wird mit verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht, z. B. Depressionen (vgl. Doane et al., 2013; Vrshek-Schallhorn et al., 2013), Fatigue, kardiovaskulären Erkrankungen und Adipositas (vgl. Kumari et al., 2010; Adam et al., 2017).

Die Messung des Tagesprofils geschieht über die Erhebung mehrerer Speichelproben zu definierten Zeitpunkten, beginnend mit dem Aufwachen. Dabei hat sich eine generelle Anzahl von drei bis sechs Proben über den Tag (12 h) verteilt als günstig erwiesen (vgl. Hoyt et al., 2016) sowie eine zusätzliche standardisierte Messung der Compliance der Teilnehmenden. Zudem sollten weitere Faktoren erhoben werden, die Einfluss auf das Tagesprofil haben könnten: das Alter der Untersuchten sowie weitere Gesundheitsfaktoren wie die körperliche Aktivität am Untersuchungstag (vgl. Adam et al., 2017).

Bei der Verwendung von Speichelproben sollten einige grundsätzliche methodische Gesichtspunkte beachtet werden:

- *Ausschlusskriterien*: akuter Infekt, Nikotin- und Koffeinkonsum unmittelbar bzw. in zeitlicher Nähe zur Probensammlung, chronische Erkrankungen bzw.

Medikamenteneinnahme, die die Kortisolwerte beeinflussen können, z. B. die Einnahme von Kortisonpräparaten.

- *Instruktionen vor Probensammlung*: Diese sollten die Nahrungsaufnahme, den Umgang mit Nikotinprodukten und Kaffee bzw. Medikamenten sowie körperlicher Aktivität in den letzten 48 h bzw. in den Stunden vor der Probensammlung umfassen.
- *Motivation der Teilnehmenden/Monitoring*: Idealerweise sollte ein kontinuierliches externes Monitoring der Probensammlung stattfinden, allerdings ist dies vor allem bei Studien mit größeren Stichproben schwer umsetzbar.
- *Umgang mit Proben – Aufbewahrung*: Bis zur Analyse können die Speichelproben entlang den Angaben im Laborprotokoll gelagert werden, wobei auf eine rasche Kühlung bzw. Tiefkühlung (–20 °C bis –80 °C) geachtet werden muss.

Haarkortisol

Eine Methode, die es, im Gegensatz zu den oben beschriebenen Methoden der Erhebung von Kortisol aus dem Speichel, ermöglicht, die Stressbelastung und damit verbundene Kortisolausschüttung über einen längeren Zeitraum zu erheben, ist die Erfassung von Kortisol aus dem Haar (Hair-Cortisol-Concentration, HCC). Diese vergleichsweise junge Methode hat verschiedene Vorteile gegenüber den beschriebenen Methoden:

1) Die Methode ist weniger abhängig von der Compliance der Teilnehmenden, da die Probensammlung direkt durch die Studienleitung erfolgt (vgl. Stalder/Kirschbaum, 2012).
2) Die Kortisolkonzentration im Haar ist weniger anfällig für Aspekte der Lagerung, sodass die Proben zumeist bei Raumtemperatur gelagert werden können (gemäß Laborprotokoll).
3) Die Kortisolkonzentration ist zudem weniger anfällig für situative Veränderungen, z. B. durch die zirkadiane Rhythmik, die akute Stressbelastung, die Nahrungsaufnahme oder den Konsum von Nikotin oder Koffein am Entnahmetag (vgl. Stalder/Kirschbaum, 2012; Stalder et al., 2017).

Die Probenentnahme erfolgt über eine Haarsträhne von 2 mm Dicke und 3 cm Länge unter dem Deckhaar am Hinterkopf. Haar wächst pro Monat um 1 cm, sodass eine

Haarsträhne von 3 cm einen Zeitraum von 3 Monaten abdecken sollte (vgl. Gao et al., 2013). Zu beachten bei der Verwendung von HCC ist der mögliche Einfluss häufiger Haarwäschen, Haarfärbung bzw. von Dauerwellen oder Haarglättung und, wie bei allen Kortisolmessungen, Erkrankungen, die u. a. die Einnahme von Kortisonpräparaten erforderlich machen. Gängig sind derzeit zwei Analysemethoden (LC-MS/MS sowie ELISA), wobei die Tandem-Mass-Spektrometrie die Messung weiterer Hormone erlaubt (z. B. Testosteron, Progesteron, DHEA) (vgl. Stalder et al., 2017).

Veränderte – vor allem erhöhte – HCC-Werte wurden mit verschiedenen gesundheitlichen Problematiken in Zusammenhang gebracht wie dem metabolischen Syndrom, Adipositas, Diabetes Mellitus oder kardiovaskulären Erkrankungen. Weiterhin traten erhöhte Werte bei folgenden Stressoren auf: anhaltendes intensives aerobes Training, nach kritischen Lebensereignissen, bei Arbeitslosigkeit und Schichtarbeit sowie chronischem Schmerz. Erhöhte HCC-Werte wurden auch bei depressiven Erkrankungen und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) gefunden. Verringerte Werte traten bei generalisierter Angststörung und Panikstörung sowie ebenfalls bei PTBS auf (für eine Übersicht vgl. Wester/van Rossum, 2015).

Weitere Möglichkeiten der Kortisolmessung

Kortisol lässt sich ebenfalls im *Blut* bestimmen, da auch hier freies Kortisol wie im Speichel zirkuliert und Veränderungen nach Stresssituationen nachweisbar sind. Allerdings ist die Verwendung von Blut deutlich aufwendiger in der Entnahme (Fachpersonal nötig) sowie in der Lagerung und Verarbeitung. Auch kann die Situation der Blutabnahme (potenziell stresshaft) selbst zu einer Verfälschung der Werte beitragen.

Eine weitere Möglichkeit ist die Bestimmung von Kortisol im *Urin*: Hier lassen sich vor allem Aussagen über die Gesamtausschüttung über den Tag (12 h bzw. 24 h) bzw. über eine bestimmte Zeitspanne hinweg treffen. Allerdings erfordert dies eine aufwendige Sammlung des gesamten Urins über den Tag hinweg durch die Probanden selbst, ist damit sehr von deren Compliance abhängig und somit fehleranfällig. Informationen über die Reaktivität der HHN-Achse oder über den Tagesverlauf erhält man mit dieser Vorgehensweise nicht.

Der Allostatic Load Index – die allostatische Last

Möchte man das Ausmaß der Stressbelastung auf den Organismus umfassender untersuchen, d. h. die *allostatische Last* (AL), die sich im Körper durch langanhaltende

physische oder psychische Stresserfahrungen aufsummiert, eignet sich der *Index der allostatischen Last* (Allostatic Load Index, ALI, vgl. Juster et al., 2010; Gruenewald et al., 2012; auch „Allostatic Load Battery“, vgl. McEwen, 2015). Dieser setzt sich aus Indikatoren der HHN-Achse, des sympathischen und des parasympathischen Nervensystems, des Fett- und Zuckerstoffwechsels, des Immunsystems sowie des kardiovaskulären Systems zusammen, die sich durch eine anhaltende oder wiederkehrende Stressexposition verändern (vgl. Tab. 15.1 für eine Auflistung der ALI-Marker) (vgl. Seeman et al., 1997; Juster et al., 2010).

Tab. 15.1: Marker der allostatischen Last (nicht erschöpfend, vgl. Juster et al., 2010; Beckie, 2012)[1]

ALI-Marker		ALI-Marker	
Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse		Fettstoffwechsel	
primär	Kortisol	sekundär	Triglyceride
primär	DHEA-S	sekundär	HDL Cholesterin
primär	Aldosteron	sekundär	LDL Cholesterin
Immunsystem		sekundär	Taillenumfang
primär	Interleukin-6	sekundär	Hüftumfang
primär	TNF-a	sekundär	Taillen-Hüfte-Verhältnis
sekundär	CRP	sekundär	Körpergröße
sekundär	Fibrinogen	sekundär	Körpergewicht
sekundär	E-Selektin	sekundär	BMI
sekundär	ICAM-1	Kardiovaskuläre Marker	
Sympathisches Nervensystem		sekundär	systolischer Blutdruck
primär	Noradrenalin	sekundär	diastolischer Blutdruck
primär	Adrenalin	sekundär	Ruhepuls
primär	Dopamin	sekundär	Herzraten-Variabilität
Zuckerstoffwechsel			
sekundär	HbA1c		
sekundär	Nüchtern-Glukose		
sekundär	Nüchtern-Insulin		

ALI: Allostatic Load Index, DHEA-S: Dehydroepiandrosteronsulfat, CRP: C-reaktives Protein, ICAM-1: Intercellular adhesion molecule 1, HbA1c: glykiertes Hämoglobin, HDL: high density lipoproteine, LDL: low density lipoproteine, BMI: Body Mass Index

1 Für eine ausführliche Übersicht über die in Studien eingesetzten Marker und die verschiedenen Möglichkeiten, einen Index der allostatischen Last zu bilden (ALI) vgl. Juster et al. (2010) bzw. Beckie (2012).

Die Veränderungen treten schrittweise ein. So kommt es zunächst zu einer veränderten Sekretion von Stresshormonen wie Kortisol, Adrenalin und Noradrenalin sowie Entzündungsparametern wie pro- und antiinflammatorischen Zytokinen (= *primäre* AL-Mediatoren) (vgl. Juster et al., 2010; Beckie, 2012). Um diese Veränderungen über die Zeit zu kompensieren, werden *sekundäre Mediatoren,* wie metabolische, kardiovaskuläre und immunologische Parameter, gegenreguliert, z. B. erfolgt eine dauerhafte Erhöhung des Blutdrucks. Neuere sekundäre Marker sind z. B. die Telomer-Länge und Telomerase-Aktivität sowie die funktionelle Hypo- oder Hyperaktivität spezifischer Hirnregionen, die mit Angststörungen oder dem Ansprechen auf Antidepressiva in Verbindung gebracht werden, wie die Insula-Region (vgl. McEwen, 2015). Bei weiterhin anhaltender Stressexposition ergibt sich eine Überlastung der allostatischen Regulationssysteme (*allostatic overload*), die zu manifesten Erkrankungen führt, z. B. kardiovaskulären oder chronisch entzündlichen Erkrankungen, Diabetes, Depression, Demenz (= *tertiäre* Marker) (vgl. Juster et al., 2010; Beckie, 2012; McEwen et al., 2015). Über die Untersuchung substanzieller (jedoch noch subklinischer) Veränderungen in primären und sekundären Markern können Personen mit einem erhöhten Risiko der entsprechenden Erkrankungen identifiziert werden und entsprechende präventive Maßnahmen eingeleitet werden (vgl. Juster et al., 2010; McEwen, 2015).

15.3 Zusammenfassung und Ausblick

Vorgestellt wurden verschiedene Methoden der Stressmessung, beginnend bei der Erfassung der Abfrage von Stressoren, der subjektiven Einschätzung des erlebten Stresses sowie der Erfassung der subjektiv eingesetzten Strategien im Umgang mit Stress über Fragebögen oder Interviews. Weiterhin wurden Methoden der objektiven Erfassung von akutem Stress und die standardisierte Induktion einer Stressreaktion sowie Möglichkeiten der Erfassung physiologischer Veränderungen durch chronischen Stress im Sinne des integrativen Konzeptes der allostatischen Last vorgestellt. Neuere Methoden zur Erfassung der mitochondrialen Stressbelastung (vgl. Picard/McEwen, 2018) sowie bildgebende Verfahren zur Erfassung zentraler Veränderungen des ZNS (vgl. McEwen et al., 2015) wurden hier nicht besprochen. Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Psychoneuroendokrinologie weisen in die Richtung einer ökonomischen und unkomplizierten Erfassung der im Blut befindlichen Marker, befinden

sich jedoch noch im Stadium der Validierung. Auch die Erfassung epigenetischer Einflüsse wird im wissenschaftlichen Umfeld diskutiert (vgl. McEwen/Bulloch, 2019).

Jede der beschriebenen Methoden hat ihre spezifischen Vor- und Nachteile. So sind auf Speichelkortisol basierende Erhebungen sowohl der akuten Stressreaktion als auch in der Langzeitbetrachtung, z. B. des 24h-Profils, gut validiert und ökonomisch auch in großen Studien einsetzbar. Sie erfordern jedoch die Compliance der Probanden in Bezug auf die zu beachtenden Störfaktoren im Vorhinein bzw. die exakte Probennahme im Verlauf. Weniger abhängig von der Compliance der Teilnehmenden, jedoch auch weniger spezifisch in seiner Aussage ist dagegen die Verwendung von Haar-Kortisol. Auf der Analyse von Blutproben basierende Marker liefern umfassende Einblicke in die im Körper bereits stattgefundenen stressbezogenen Veränderungen, benötigen aber in der Durchführung Fachpersonal und können – vor allem, wenn mehrere Marker eingesetzt werden – höhere Analysekosten nach sich ziehen. Hier lässt die Forschung an Untersuchungsmethoden, die bereits mit geringen Blutmengen eine größere Menge Marker untersuchen können, auf zukünftige ökonomischere Verfahren hoffen. Fragebogenbasierte Verfahren ermöglichen die Erfassung des subjektiven Erlebens der Personen, liefern aber keine Aussage über physiologische Anpassungsreaktionen. Zudem sollten hier Erinnerungsbias und soziale Erwünschtheit beachtet werden. Um der Komplexität des Konstruktes „Stress“ gerecht zu werden, empfiehlt sich daher ein multimethodales Vorgehen, durch das mehrere Ebenen erfasst und in Beziehung zueinander gesetzt werden können.

Literatur

Adam, E. K./Kumari, M. (2009). *Assessing salivary cortisol in large-scale, epidemiological research*. Psychoneuroendocrinology, 34 (10), S. 1423–1436.

Adam, E. K./Quinn, M. E./Tavernier, R./McQuillan, M. T. et al. (2017). *Diurnal cortisol slopes and mental and physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis*. Psychoneuroendocrinology, (83), S. 25–41.

Allen, A. P./Kennedy, P. J./Dockray, S./Cryan, J. F. et al. (2017). *The Trier Social Stress Test: Principles and practice*. Neurobiology of Stress, (6), S. 113–126.

Beckie, T. M. (2012). *A systematic review of allostatic load, health, and health disparities*. Biol Res Nurs, 14 (4), S. 311–346.

Cohen, S./Kamarck, T./Mermelstein, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24 (4), S. 385–396.

Curran, S. L./Andrykowski, M. A./Studts, J. L. (1995). *Short Form of the Profile of Mood States (POMS-SF): Psychometric information*. Psychological Assessment, 7 (1), S. 80–83.

Dalbert, C. (1992). *AST – Aktuelle Stimmungsskala*. Tübingen: Universität, Abteilung Pädagogische Psychologie.

Dickerson, S. S./Kemeny, M. E. (2004). *Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research*. Psychological bulletin, 130 (3), S. 355–391.

Dickerson, S. S./Mycek, P. J./Zaldivar, F. (2008). *Negative social evaluation, but not mere social presence, elicits cortisol responses to a laboratory stressor task*. Health Psychology, 27 (1), S. 116–121.

Doane, L. D./Mineka, S./Zinbarg, R. E./Craske, M. et al. (2013). *Are flatter diurnal cortisol rhythms associated with major depression and anxiety disorders in late adolescence? The role of life stress and daily negative emotion*. Dev Psychopathol, 25 (3), S. 629–642.

Erdmann, G./Janke, W. (2008). *Stressverarbeitungsfragebogen: SVF; Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem*. Göttingen: Hogrefe.

Erdmann, G./Voigt, K. H. (1995). *Psychophysiologische und psychoendokrine Veränderungen im Paradigma* „Öffentliches Sprechen": *Was indizieren sie?* In: Debus, G./Erdmann, G./Kallus, K. W. (Hrsg.): Biopsychologie von Stress und emotionalen Reaktionen. Ansätze interdisziplinärer Forschung. Göttingen: Hogrefe, S. 113–128.

Fliege, H./Rose, M./Arck, P./Walter, O. B. et al. (2005). *The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples*. Psychosomatic medicine, 67 (1), S. 78–88.

Foley, P./Kirschbaum, C. (2010). *Human hypothalamus-pituitary-adrenal axis responses to acute psychosocial stress in laboratory settings*. Neurosci Biobehav Rev, 35 (1), S. 91–96.

Gao, W./Stalder, T./Foley, P./Rauh, M. et al. (2013). *Quantitative analysis of steroid hormones in human hair using a column-switching LC–APCI–MS/MS assay*. Journal of Chromatography B, (928), S. 1–8.

Gruenewald, T. L./Karlamangla, A. S./Hu, P./Stein-Merkin, S. et al. (2012). *History of socioeconomic disadvantage and allostatic load in later life*. Social science & medicine, 74 (1), S. 75–83.

Hautzinger, M./Keller, F./Kühner, C. (2006). *BDI-II: Beck Depressions-Inventar*. Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services.

Herrmann, C./Buss, U./Snaith, R. P. (1995). *HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin*. Bern: Huber.

Hoyt, L. T./Ehrlich, K. B./Cham, H./Adam, E. K. (2016). *Balancing scientific accuracy and participant burden: testing the impact of sampling intensity on diurnal cortisol indices*. Stress, 19 (5), S. 476–485.

Juster, R. P./McEwen, B. S./Lupien, S. J. (2010). *Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35 (1), S. 2–16.

Kirschbaum, C./Pirke, K.-M./Hellhammer, D. H. (1993). *The 'Trier Social Stress Test'– a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting*. Neuropsychobiology, 28 (1–2), S. 76–81.

Kroenke, K./Spitzer, R. L./Williams, J. B. (2001). *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. Journal of general internal medicine, 16 (9), S. 606–613.

Krohne, H. W./Egloff, B./Kohlmann, C.-W./Tausch, A. (1996). *Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule"(PANAS)*. Diagnostica-Gottingen, (42), S. 139–156.

Kumari, M./Chandola, T./Brunner, E./Kivimaki, M. (2010). *A nonlinear relationship of generalized and central obesity with diurnal cortisol secretion in the Whitehall II study*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95 (9), S. 4415–4423.

Laux, L./Glanzmann, P./Schaffner, P./Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar [The state-trait anxiety inventory]*. Göttingen: Hogrefe.

Lazarus, R. S. (1990). *Theory-Based Stress Measurement*. Psychological Inquiry, 1 (1), S. 3–13.

McEwen, B. S. (2015). *Biomarkers for assessing population and individual health and disease related to stress and adaptation*. Metabolism, 64 (3), S. S2–S10.

McEwen, B. S. (2007). *Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain*. Physiological Reviews, 87 (3), S. 873–904.

McEwen, B. S. (1998). *Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load*. Annals of the New York academy of sciences, 840 (1), S. 33–44.

McEwen, B. S./Bowles, N. P./Gray, J. D./Hill, M. N. et al. (2015). *Mechanisms of stress in the brain*. Nat Neurosci, 18 (10), S. 1353–1363.

McEwen, B. S./Bulloch, K. (2019). *Epigenetic impact of the social and physical environment on brain and body*. Metabolism, 100s, S. 1539–1541.

McEwen, B. S./Wingfield, J. C. (2010). *What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress*. Hormones and Behavior, 57 (2), S. 105–111.

Picard, M./McEwen, B. S. (2018). *Psychological Stress and Mitochondria: A Conceptual Framework*. Psychosom Med, 80 (2), S. 126–140.

Schulz, P./Schlotz, W./Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen: Hofgrefe.

Seeman, T. E./Singer, B. H./Rowe, J. W./Horwitz, R. I. et al. (1997). *Price of adaptation - allostatic load and its health consequences. MacArthur studies of successful aging*. Arch Intern Med, 157 (19), S. 2259–2268.

Selye, H. (1975). *Implications of stress concept*. New York State Journal of Medicine, 75 (12), S. 2139–2145.

Siegrist, J./Geyer, S., Eds. (2012). *Inventar lebensverändernder Ereignisse*. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 15.00. Bonn: GESIS.

Siegrist, J./Starke, D./Chandola, T./Godin, I. et al. (2004). *The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons*. Social science & medicine, 58 (8), S. 1483–1499.

Stalder, T./Kirschbaum, C. (2012). *Analysis of cortisol in hair - state of the art and future directions*. Brain Behav Immun, 26 (7), S. 1019–1029.

Stalder, T./Kirschbaum, C./Kudielka, B. M./Adam, E. K. et al. (2016). *Assessment of the cortisol awakening response: Expert consensus guidelines*. Psychoneuroendocrinology, (63), S. 414–432.

Stalder, T./Steudte-Schmiedgen, S./Alexander, N./Klucken, T. et al. (2017). *Stress-related and basic determinants of hair cortisol in humans: A meta-analysis*. Psychoneuroendocrinology, (77), S. 261–274.

Sterling, P./Eyer, J. (1988). *Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology.* In: Fisher, S./ Reason, J. (Hrsg.): Handbook of life stress, cognition and health. New York: J. Wiley and Sons, S. 629–649.

Sturmbauer, S. C./Shields, G. S./Hetzel, E.-L./Rohleder, N. et al. (2019). *The Stress and Adversity Inventory for Adults (Adult STRAIN) in German: An overview and initial validation*. PLOS ONE, 14 (5), S. e0216419.

Tornhage, C. J. (2009). *Salivary cortisol for assessment of hypothalamic-pituitary-adrenal axis function*. Neuroimmunomodulation, 16 (5), S. 284-289.

Vrshek-Schallhorn, S./Doane, L. D./Mineka, S./Zinbarg, R. E. et al. (2013). *The cortisol awakening response predicts major depression: predictive stability over a 4-year follow-up and effect of depression history*. Psychol Med, 43 (3), S. 483–493.

Warttig, S. L./Forshaw, M. J./South, J./White, A. K. (2013). *New, normative, English-sample data for the Short Form Perceived Stress Scale (PSS-4)*. Journal of Health Psychology, 18 (12), S. 1617–1628.

Wester, V. L./van Rossum, E. F. (2015). *Clinical applications of cortisol measurements in hair*. European Journal of Endocrinology, 173 (4), S. M1–M10.

Wingenfeld, K./Driessen, M./Mensebach, C./Rullkoetter, N. et al. (2011). *Die deutsche Version des „Early Trauma Inventory" (ETI): Erste psychometrische Charakterisierung eines Interviews zur Erfassung traumatischer Lebensereignisse in der Kindheit und Jugend. = The Early Trauma Inventory: Initial psychometric characteristics of the German version*. Diagnostica, 57 (1), S. 27–38.

Wippert, P. M./Rector, M./Kuhn, G./Wuertz-Kozak, K. (2017). *Stress and Alterations in Bones: An Interdisciplinary Perspective*. Frontiers in Endocrinology, 8 (96), S. 1–7.

IV
Diagnostik und Evaluation

16 Geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erfassung psychischer Erkrankungen in Umfragen am Beispiel Depressivität

KAROLIN HIESINGER

In (Bevölkerungs-)Umfragen können gerade Antworten zu sensiblen Themen wie das der psychischen Gesundheit verzerrt sein. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit geschlechtsspezifischen Verzerrungen, die bei der Erfassung von psychischen Erkrankungen, insbesondere der Depressivität, auftreten können. In fast allen Studien werden für Frauen höhere Werte von Depressivität berichtet als für Männer. Anhand sozialkonstruktivistischer Theorieansätze sowie der Artefakttheorie wird beleuchtet, inwieweit traditionelle Geschlechterrollenbilder dabei eine Rolle spielen. So weisen Männer eine geringere Bereitschaft auf als Frauen, von depressiven Symptomen zu berichten. Auch sind die Fragebögen zur Erfassung von Depressivität häufig stärker auf die traditionell weibliche Rolle ausgerichtet. Daher können die vorherrschenden Geschlechterrollenbilder zu einer Verzerrung bei der Erfassung von Depressivität führen, was z. T. die höheren Depressivitätswerte von Frauen erklärt. Anhand von empirischen Studien wird aufgezeigt, welche Interviewbedingungen und Instrumente in Umfragen einen solchen Bias befördern. Der Beitrag schließt mit Handlungsempfehlungen für die Konzipierung und Planung von (Bevölkerungs-)Umfragen, um geschlechtsspezifische Verzerrungen in Befragungen zur psychischen Gesundheit zu reduzieren.

16.1 Einführung

In den letzten Jahren nahmen die Zahl und die Bedeutung der psychischen Erkrankungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung deutlich zu. Betrug der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2008 noch 8,3 %, so lag er 2017 bereits bei 11,2 % (vgl. Macco/Schmidt, 2009; Meyer et al., 2018). Auch geht inzwischen fast jede zweite Frühberentung auf eine psychisch bedingte Erwerbsminderung zurück (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Aufgrund der deutlichen Prävalenz haben psychische Erkrankungen mittlerweile eine hohe gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Relevanz in Deutschland erlangt. Entsprechend wird ihrer Prävention ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt.

Wegen dieser Relevanz werden die allgemeine psychische Gesundheit und einzelne psychische Erkrankungen häufiger in großen Bevölkerungsumfragen einbezogen, um weitere Erkenntnisse zum Verbreitungsgrad zu erlangen und Zusammenhänge mit soziodemografischen Merkmalen zu analysieren. Dies geschieht oft sehr vereinfacht, beispielsweise in Form eines Kurzfragebogens, da eine ausführliche (klinische) Abfrage aus Zeit- und Effizienzgründen häufig nicht möglich ist. Dabei ist auffällig, dass in fast allen Studien für Frauen eine höhere Prävalenz von psychischen Erkrankungen berichtet wird als für Männer. Während beispielsweise bei Männern psychische Erkrankungen in der Rangfolge der Gründe für Arbeitsunfähigkeitstage erst an vierter Stelle stehen, nehmen sie bei den Frauen bereits den zweiten Rang ein (vgl. Meyer et al., 2018).

Als mögliche Ursache für diesen Geschlechterunterschied werden u. a. hormonelle Unterschiede benannt (vgl. Nolen-Hoeksema, 2001). Andere Erklärungsversuche orientieren sich an der gesellschaftlichen Rolle der Frau: Frauen sind durch ihre zugeschriebene Rolle häufiger höheren Belastungen, vor allem der Doppelbelastung von Familie und Beruf, ausgesetzt oder verfügen über schlechtere Stress-Bewältigungs-Strategien (sog. Coping-Strategien) als Männer, was zu der höheren Anfälligkeit für psychische Erkrankungen führen kann (vgl. Angst et al., 2002; Hecht, 1990; Möller-Leimkühler, 2008a).

In letzter Zeit wurde zunehmend infrage gestellt, inwieweit dieser geschlechtsspezifische Unterschied überhaupt oder zumindest in dem berichteten Ausmaß existiert. Denn obwohl Frauen vermeintlich häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind, zeigen die geschlechtsspezifischen Suizidraten ein deutlich anderes Bild: Knapp 75 % der Personen, die im Jahr 2016 in Deutschland Suizid begingen, waren männlich (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016). Ursächlich für einen Suizid ist in 90 % der Fälle eine psychische Erkrankung. Dieses Geschlechterparadoxon legt nahe, dass psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Symptome, bei Männern häufig unerkannt bleiben.[1] So werden in der sogenannten Artefakttheorie die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei psychischen Erkrankungen als ein methodisches Artefakt interpretiert, das im Rahmen der *Erfassung* von psychischen Erkrankungen zustande kommt (vgl. Möller-Leimkühler, 2008b; Müters et al., 2013).

1 Der Anteil der Suizid*versuche* ist bei Frauen jedoch höher als bei Männern (vgl. Schrijvers et al., 2012).

Um diese Diskussion um geschlechtsspezifische Besonderheiten aufzugreifen, zeigt der vorliegende Beitrag auf, inwieweit die Abfrage zu sensiblen Themen, wie das der psychischen Gesundheit, in Bevölkerungsumfragen geschlechtsspezifischen Verzerrungen (sog. Bias) unterliegen kann und inwieweit dies bei der Interpretation von Ergebnissen berücksichtigt werden sollte. Dies wird am Beispiel der häufigsten psychischen Erkrankung, der depressiven Episode, theoretisch erörtert und anhand aktueller empirischer Studien diskutiert. Das Krankheitsbild der Depressivität wird deshalb als Beispiel gewählt, da hier der Geschlechterunterschied besonders deutlich auffällt. So berichten Frauen ungefähr doppelt so häufig von Depressionen wie Männer.[2] Dieser Unterschied ist weitestgehend stabil und auch international zu beobachten und belegt (vgl. z. B. Angst et al., 2002; Busch et al., 2013; Piccinelli/Wilkinson, 2000; van de Velde, 2010). Gleichzeitig sind es Depressionen, die besonders häufig ursächlich für einen Suizid sind (vgl. Rutz, 2010; Walinder/Rutz, 2001). Diese psychische Krankheit ist daher besonders geeignet, mögliche geschlechtsspezifische Verzerrungen, die bei der Erfassung auftreten können, näher zu beleuchten. Es soll in dem Beitrag nicht darum gehen, die Diagnose der Depression aus einer medizinischen Perspektive zu diskutieren. Vielmehr soll aus umfragemethodologischer Sicht aufgezeigt werden, wie die Erfassung von Depressivität in Bevölkerungsbefragungen durch geschlechtsspezifische Rollenbilder beeinflusst sein kann. Ziel des Beitrags ist es, auf solche Verzerrungen im Kontext von psychischen Erkrankungen – die auf der einen Seiten ein sehr sensibles, auf der anderen Seite ein hoch relevantes Thema darstellen – aufmerksam zu machen. Weiter sollen Handlungsoptionen im Sinne einer geeigneten Konzipierung und Planung für die Praxis abgeleitet werden, die potenzielle geschlechtsspezifische Verzerrungen in zukünftigen Umfragen reduzieren können.

16.2 Die Rolle des Geschlechts bei der Erfassung von Depressivität

Die „depressive Episode“ wird in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10-F32) anhand folgender Symptome, die mindestens zwei Wochen lang an-

2 Auswertungen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts ergaben, dass 7,8 % der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren eine Lebenszeitprävalenz für eine diagnostizierte Depression berichten, während der Anteil bei Frauen bei 15,4 % liegt. In Bezug auf die vergangenen zwölf Monate gaben 3,8 % der Männer und 8,1 % der Frauen an, an einer Depression gelitten zu haben (vgl. Busch et al., 2013).

dauern, diagnostiziert: gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs sowie erhöhte Ermüdbarkeit. Andere häufig auftretende Symptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Schlafstörungen und verminderter Appetit (vgl. Dilling et al., 2008, S. 149 f.). Um zu erfassen, welche Rolle das Geschlecht bei der Erfassung dieser Krankheit spielt, wird im Folgenden zunächst aufbauend auf sozialkonstruktivistischen Theorieansätzen dargelegt, wie geschlechtsspezifische Rollenbilder entstehen. Im Anschluss wird anhand der Artefakttheorie erläutert, wie diese Rollenbilder in einem gesundheitswissenschaftlichen Kontext zu Verzerrungen bei der Erfassung von Depressivität führen können.

16.2.1 Geschlechtsspezifische Rollenbilder

Ausgehend vom Bezugspunkt des biologischen Geschlechts (Sex) schreibt die soziale Dimension von Geschlecht (Gender) Individuen in einer Gesellschaft bestimmte Rollenerwartungen zu. Der Begriff Gender spiegelt demnach das Ergebnis der Zuweisung bestimmter Eigenschaften wider und wird als relationale Kategorie aufgefasst, in der es um wechselseitige Bezugsrahmen geht (vgl. Treibel, 2006). Durch sozial verankerte Prozesse wird das jeweilige Konzept von Weiblichkeit und Männlichkeit entwickelt.[3] Dadurch entstehen in einer Gesellschaft vorherrschende Erwartungen, sogenannte soziale Normen. Diese Normen definieren Persönlichkeitsattribute, aber auch Fähigkeiten und Einstellungen für die jeweilige Geschlechterrolle und legen damit fest, was typisch männlich und was typisch weiblich ist sowie welche Eigenschaften und Verhaltensweisen für Männer und Frauen sozial angemessen sind. Diese in sozialen Institutionen verankerten Geschlechterrollenerwartungen werden im Laufe der Sozialisation im Kindes- und Jugendalter vermittelt. Dadurch ist Geschlecht auch das Ergebnis sozialer Handlungen, da die geschlechtsspezifischen Rollenbilder durch Interaktion fortlaufend reproduziert werden (Doing Gender). Geschlechtsbezogenes Verhalten wird interaktiv und situativ hergestellt und orientiert sich an den jeweiligen gesellschaftlichen Entwürfen von Geschlecht entlang von Geschlechterstereotypen, die sich beispielsweise in Form von Kleidung, Sprache oder Verhaltensweisen

3 Der Einfachheit halber wird im Folgenden lediglich zwischen den Kategorien weiblich und männlich unterschieden, da es sich hierbei um die vorherrschenden Geschlechtskategorien handelt. Weitere Formen und die Geschlechtskategorie „divers“ werden in diesem Beitrag nicht explizit diskutiert.

manifestieren (vgl. Eckes, 2010; Goffmann, 1994). So verlangt die kulturell und gesellschaftlich geteilte traditionelle Vorstellung von Geschlecht beispielsweise, dass Frauen empathisch und sozial orientiert, Männer dagegen sachlich und dominant sein sollen. Aus der Summe der Stereotype resultiert das Konzept der zugeschriebenen Geschlechterrolle. Sie umschreibt die „sozial geteilten Verhaltenserwartungen, die sich auf Individuen aufgrund ihres sozial zugeschriebenen Geschlechts richten" (vgl. Eckes, 2010, S. 178). Durch Stereotypisierung manifestiert sich diese Geschlechterrolle in alltäglichen interaktionalen Prozessen.

Im traditionellen Geschlechtermodell ergänzen sich die Geschlechterstereotype von Mann und Frau vor allem in Bezug auf ihre Rolle in der Familie komplementär.[4] Der Mann als Ernährer und Repräsentant der Familie erfüllt die Rolle der Instrumentalität, die Attribute wie Aggressivität, Aktivität, Rationalität, Ehrgeiz, Unabhängigkeit, Selbstsicherheit, Dominanz, Abenteuerlust und Entscheidungsfreudigkeit beinhaltet. Für die Frau dagegen, die vielmehr die Verantwortung für innerfamiliäre Angelegenheiten trägt, gilt das Rollenstereotyp der Expressivität mit Eigenschaften, die gegensätzlich zu denen des Mannes sind: Die typische Frau ist passiv, angepasst, nachgiebig, vorsichtig, ängstlich, harmonisierend, abhängig, emotional und wenig selbstsicher (vgl. Hausen, 1976; Möller-Leimkühler, 2008a; Teuber, 2011). Auch wenn sich die Geschlechterrollen in den letzten Jahren und Jahrzehnten gewandelt haben und sich weiterhin stetig verändern, ist dieses traditionelle Modell mit seinen stereotypen Vorstellungen über die Rollen von Männern und Frauen in der Familie in seinen Grundzügen immer noch stark verbreitet (vgl. Eckes, 2010; Teuber, 2011, S. 49).[5]

16.2.2 Artefakttheorie

Bringt man die aufgezeigten traditionell männlichen und weiblichen Eigenschaften in einen gesundheitssoziologischen Kontext, so ist festzustellen, dass traditionelle Männlichkeit nahezu identisch mit der Vorstellung eines psychisch wie physisch gesunden Erwachsenen ist, während traditionelle Weiblichkeit stereotypisch mit ge-

4 Das hier vereinfacht skizzierte traditionelle Geschlechtermodell wurde ursprünglich in den 1970er-Jahren entwickelt. Inzwischen existieren auch differenziertere Modelle, wie das Modell der psychischen Androgynie (vgl. Siegrist/Möller-Leimkühler, 2003). Die aufgezeigten typisch männlichen und weiblichen Eigenschaften finden sich aber in ihren grundsätzlichen Zügen auch in diesen neueren Modellen wieder.

5 Dies wird z. B. in der Geschlechtersegregation im Arbeitsmarkt mit dem immer noch vorherrschenden Malebreadwinner-Modell deutlich: Männer arbeiten im Vergleich zu Frauen häufiger in Vollzeit, haben beruflich höhere Positionen inne und erhalten mehr Gehalt, während sich Frauen weiterhin vor allem für die Familie verantwortlich fühlen, selbst wenn sie einer Berufstätigkeit nachgehen (vgl. Eckes, 2010; Abele, 2013).

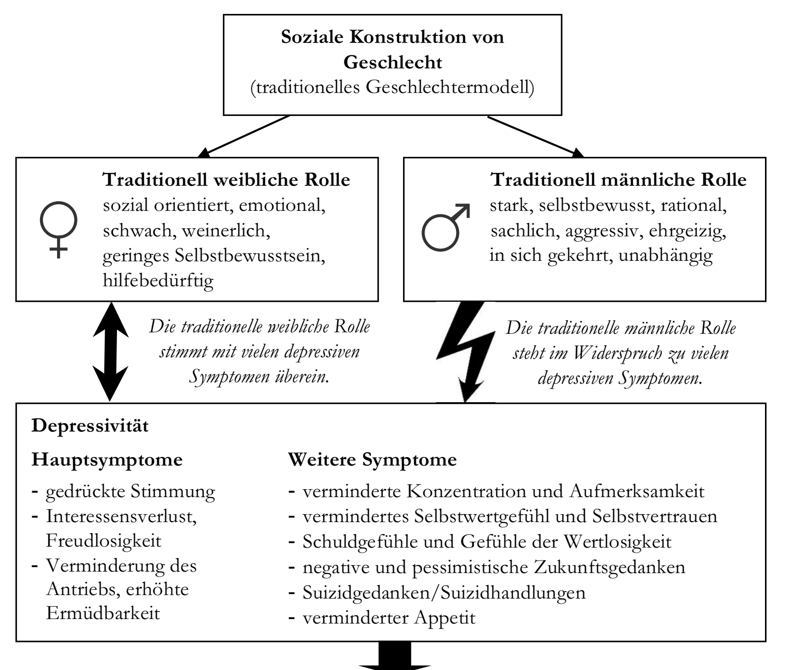
sundheitlicher Störung verknüpft wird. Insbesondere in Bezug auf das psychische Krankheitsbild der Depressivität finden sich die dargelegten Geschlechterstereotype auch und vor allem in der Definition sowie der gängigen Abfrage zur Erfassung dieser Erkrankung wieder. In zahlreichen Merkmalen decken sich die von der Gesellschaft zugeschriebenen Eigenschaften der weiblichen Rolle mit typischen depressiven Symptomen wie ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.

> "Depression, somehow, is much more in line with society's notions of what women are all about: passive, sensitive, hopeless, helpless, stricken, dependent, confused, rather tiresome, and with limited aspirations." (Redfield Jamison, 1997, S. 122 f.)

So ist Depressivität definitionsgemäß eher weiblich (vgl. Landrine, 1988). Das Konstrukt der traditionellen Maskulinität dagegen führt dazu, dass sich eine Depression schwer mit männlichen Stereotypen vereinbaren lässt. Wenn sich ein Mann stark mit der traditionell männlichen Rolle identifiziert, führt das Zugeben einer Depression, so wie sie im herkömmlichen Sinne verstanden wird, zu einem normativen Konflikt mit dieser Rolle. Da ein solcher Konflikt häufig vermieden wird, ist anzunehmen, dass ein großer Anteil depressiv erkrankter Männer ihre Depressivität nicht zugibt, sie leugnet oder maskiert. Dies äußert sich z. B. darin, dass Männer ein wesentlich geringeres Hilfesuchverhalten als Frauen aufweisen (vgl. Hausmann et al., 2008; Möller-Leimkühler, 2000). Weil depressive Symptome weniger mit den Vorstellungen von Männlichkeit vereinbar sind, geben Männer diese in der Interaktion mit einem Arzt/einer Ärztin oder einem Interviewer/einer Interviewerin seltener zu als Frauen (vgl. Emslie et al., 2006; Hiesinger et al., 2018; Wolfersdorf et al., 2006). Des Weiteren kann die Maskierung der Erkrankung dazu führen, dass sich Männer depressionsabwehrender Strategien bedienen und sich deshalb die Erkrankung bei ihnen auf andere Art und Weise äußert, beispielsweise in Form von Alkoholkonsum, Irritabilität (Reizbarkeit) oder Aggressionen (vgl. Möller-Leimkühler, 2008b; Oliffe/Phillips, 2008).

Da sich jedoch die gängige Depressivitätsabfrage nach wie vor nach den klassischen Symptomen richtet, kann dies zu einer geschlechtsspezifischen Verzerrung in der Depressionsdiagnostik führen: Für die Diagnose werden überwiegend klassische, „weibliche“ Symptome berücksichtigt. „Männliche“ Depressivitätssymptome wie Aggressivität oder antisoziales Verhalten finden dagegen weniger Beachtung (vgl. Möller-Leimkühler, 2005; Salokangas et al., 2002). Zuletzt können internalisierte

geschlechtsspezifische Rollenbilder bei Ärzten und Ärztinnen, die die Diagnose stellen, diese Verzerrung noch verstärken: So werden bei Frauen mit somatischen Krankheitszeichen häufiger psychische Störungen vermutet als bei Männern mit gleicher Symptomatik (vgl. Maserijan et al., 2009). Abb. 16.1 liefert einen Überblick über die möglichen geschlechtsspezifischen Verzerrungen bei der Erfassung von Depressivität.



Artefakttheorie: Geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erfassung von Depressivität

Hilfesuch-verhalten	**Diagnoseinstrumente**	**Antwortverhalten**	**Ärztliche Diagnose**
Männer nehmen bei Depressivität seltener professionelle Hilfe in Anspruch.	Fragebögen zur Erfassung von Depressivität beinhalten überwiegend Symptome, die mit der traditionell weiblichen Rolle übereinstimmen.	Männer berichten in der Interaktion mit Arzt/Ärztin/dem Interviewenden seltener von depressiven Symptomen.	Ärzte/Ärztinnen diagnostizieren bei gleicher Symptomatik bei Frauen häufiger psychische Erkrankungen.

Abb. 16.1: Übersicht über mögliche geschlechtsspezifische Verzerrungen (vgl. Dilling et al., 2008, S. 149; Eckes, 2010; Emslie et al., 2006; Hausen, 1976; Hausmann et al., 2008; Hiesinger et al., 2018; Maserijan et al., 2009; Möller-Leimkühler, 2000; Möller-Leimkühler, 2005; Möller-Leimkühler, 2008b; Oliffe/Phillips, 2008; Salokangas et al., 2002; Wolfersdorf et al., 2006)

16.2.3 Die Erfassung von Depressivität in (Bevölkerungs-)Umfragen

In Bevölkerungsumfragen wird Depressivität inzwischen häufig mittels etablierter und standardisierter (Kurz-)Fragebögen erfasst, wie der allgemeinen Depressionsskala (ADS) (vgl. Lehr et al., 2008), dem Patient-Health-Questionnaire (PHQ-9) (vgl. Kurth, 2012) oder dem vereinfachten Becks-Depressions-Inventar (BDI-V) (vgl. Schmitt et al., 2003). All diese Instrumente bestehen aus Einzelaussagen (sog. Items), mit deren Hilfe die gängigen Depressivitätssymptome, meist durch die Beschreibung eines Gemütszustands (z. B. „Ich fühlte mich niedergeschlagen"), eines somatischen Zustands (z. B. „Ich habe Schlafstörungen") oder eines eher verhaltensbezogenen Zustands (z. B. „Ich schiebe Entscheidungen vor mir her") in Bezug auf einen direkt zurückliegenden Zeitraum (eine oder zwei Wochen) erfasst werden. Aus diesen Items wird anschließend ein Depressivitätsindex gebildet. Messtheoretisch ermittelte Grenzwerte definieren, ab welchem Indexwert eine (klinische) Depression angenommen werden kann. Die kurze, alltagsnahe und konkrete Formulierung der Items sowie die einfache Auswertung machen die Fragebögen grundsätzlich zu geeigneten Instrumenten für ein Schnellscreening in großen Stichproben. Allen gängigen Fragebögen konnte durch Untersuchungen zu deren Messeigenschaften eine hohe Zuverlässigkeit und Validität bescheinigt und damit die Anwendung zur Identifikation depressiver Störungen empfohlen werden (vgl. Kroenke et al., 2001; Lehr et al., 2008; Schmitt et al., 2003).

In großen Bevölkerungsumfragen liegt der Grund für den Einsatz solcher Instrumente weniger in der medizinisch fehlerfreien Diagnose der Krankheit, sondern vielmehr darin, die Betroffenheit von depressiven Symptomen in der Allgemeinbevölkerung in Assoziation mit anderen soziodemografischen Merkmalen zu erforschen. Das Geschlecht als wesentliches soziodemografisches Merkmal spielt hierbei fast immer eine Rolle. Dieses Merkmal kann aber auch – wie in Kap. 16.2.2 aufgezeigt – verantwortlich sein für Verzerrungen, wenn Depressivität mittels der aufgeführten Instrumente erfasst wird. Dabei werden vor allem die in Abb. 16.1 aufgezeigten Kategorien Diagnoseinstrumente und Antwortverhalten, die bei Umfragen zentral sind, bedeutsam.

16.3 Gender-Bias bei der Depressivitätserfassung: Empirische Befunde

Im Folgenden werden empirische Studien, die sich mit geschlechtsspezifischen Verzerrungen bei der Erfassung von Depressivität insbesondere in Bezug auf Antwortverhalten und Diagnoseinstrumente auseinandersetzen, skizziert und diskutiert. Darauf aufbauend soll aufgezeigt werden, welche Interviewbedingungen und Instrumente das geschlechtsspezifische Artefakt bei Depressivität in Bevölkerungsumfragen befördern.

16.3.1 Soziale Erwünschtheit in Umfragen

Soziale Erwünschtheitseffekte in Umfragen können dann auftreten, wenn die eigenen Einstellungen oder Verhaltensweisen, die in den Umfragen abgefragt werden, gegen bestehende soziale Normen verstoßen. Um den sozialen Normen zu entsprechen, versuchen die Befragten, sich möglichst positiv zu präsentieren, unabhängig von ihren tatsächlichen Einstellungen oder ihrem wahren Verhalten (vgl. Krumpal, 2013; Tourangeau/Smith, 1996). Diese Effekte können vor allem bei sehr sensiblen, intimen oder politisch heiklen Themen auftreten, z. B. bei Fragen zum Sexual- oder Gewaltverhalten, zu rassistischen Einstellungen oder zum illegalen Drogenkonsum. Auch Antworten zu Gesundheitsthemen, wie Angaben zur eigenen mentalen und physischen Gesundheit oder zum Gesundheitsverhalten, können anfällig für soziale Erwünschtheitseffekte sein (vgl. Davis et al., 2010). Insbesondere die Abfrage von depressiven Symptomen stellt ein sensibles Thema dar, da es gesellschaftlich immer noch stigmatisiert ist, unter einer psychischen Krankheit zu leiden (vgl. Aydin/Fritsch, 2015). Diese Effekte können durch bestimmte Interviewbedingungen, wie der Art des Interviews sowie Merkmale oder Verhalten des Interviewers, verstärkt werden (vgl. Krumpal, 2013). In Bezug auf das Thema der Depressivität ist die aktuelle empirische Evidenz zu sozialer Erwünschtheit sehr gering. Daher werden im Folgenden auch Studien zu anderen sensiblen Themen sowie ältere Studien herangezogen.

- *Befragungsmodus.* Tourangeau/Smith (1996) fanden Hinweise darauf, dass Fragen zu sehr sensiblen Themen wie zum sexuellen Verhalten oder zum illegalen Drogenkonsum in der anonymen (selbst verwalteten) Form ehrlicher beantwortet wurden als in der direkten Interaktion mit einem Interviewer oder einer Interviewerin. Hiesinger et al. (2018) untersuchten den Einfluss

des Befragungsmodus bei Fragen zur Depressivität in Form des vereinfachten Becks-Depressions-Inventar (vgl. Kap. 16.2.3). In der Studie wurde zufällig eine Hälfte der Befragten für die persönliche Abfrage ausgewählt, während die andere Hälfte einen selbst auszufüllenden Fragebogen erhielt. Für die Männer, die das vereinfachte Becks-Depressions-Inventar in anonymer Form selbst ausfüllten, zeigte sich im Durchschnitt ein signifikant höherer Wert für Depressivität als für die Männer, die persönlich befragt wurden. Frauen gaben zwar durchschnittlich höhere Werte für die Depressivität als Männer an. Hier konnten die Autorinnen jedoch keinen Einfluss des Befragungsmodus identifizieren (vgl. Hiesinger et al., 2018). Auch Sigmon et al. (2005) untersuchten in einem Experiment geschlechtsspezifisches Antwortverhalten bei depressiven Symptomen. Sie prüften, ob die Ankündigung, nach Ausfüllen des Fragebogens mit dem Teilnehmenden noch einmal in Kontakt zu treten, geschlechtsspezifische Muster aufwies. Dabei wiesen sie den Teilnehmenden unterschiedliche Intensitäten der weiteren Kontaktaufnahme zu (kein weiterer Kontakt; Weiterempfehlung; Kontakt zum Teilnehmenden, wenn die Antworten auf eine Depression hindeuten; Kontakt zum Teilnehmenden und weiteren Personen, wenn die Antworten darauf hindeuten, dass der Teilnehmende sich selbst schädigen könnte). Die Autoren fanden heraus, dass Männer weniger depressive Symptome angaben, je intensiver die weitere Kontaktaufnahme sein sollte. Dagegen wurden relativ hohe Werte für Depressivität berichtet, wenn kein weiterer Kontakt zu befürchten war. Bei den Frauen gab es hier wiederum keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt weisen die Studien darauf hin, dass soziale Erwünschtheitseffekte bei der Abfrage von depressiven Symptomen vor allem bei Männern eine Rolle spielen.

- *Interviewereffekte*. Die Forschung zu Interviewereffekten, also inwieweit soziodemografische Merkmale des Interviewers das Antwortverhalten des/der Befragten beeinflusst, ist nicht eindeutig. In einem Übersichtsartikel fassen Davis et al. (2010) zusammen, dass Effekte, die von der Ethnizität des Interviewers ausgehen, eher selten auftreten. Wenn sie auftreten, dann meist bei Items, die offen bestimmte rassistische oder ethnische Einstellungen abfragen. In Bezug auf das Geschlecht – das oft offensichtlichste Merkmal des Interviewers oder der Interviewerin – scheint der Zusammenhang ähnlich zu sein: Das

Geschlecht des Interviewers spielte beim Antwortverhalten meist dann eine Rolle, wenn Fragen zu geschlechtsspezifischen Einstellungen oder zu Haltungen, bei denen geschlechtsspezifische Stereotype relevant sein könnten, gestellt wurden. Diese Effekte waren sowohl für männliche als auch weibliche Befragte relevant (vgl. Davis et al., 2010; Groves/Fultz, 1985). Da bei der Abfrage von Depressivität geschlechtsspezifische Stereotype relevant sein können (vgl. Kap. 16.2.2), kann davon ausgegangen werden, dass das Geschlecht des Interviewers bei diesem Thema eine Rolle spielt. So fand in Bezug auf psychische Krankheiten Pollner (1998) heraus, dass männliche und weibliche Befragte mehr depressive Symptome angaben, wenn sie von Frauen befragt wurden. Da die klassische Depression eher im Einklang mit der traditionell weiblichen Rolle steht (vgl. Kap. 16.2.1 und 16.2.2), mag es sowohl Männern als auch Frauen leichter fallen, depressive Symptome in Gegenwart einer weiblichen Interviewerin zuzugeben.

16.3.2 Geschlechtsspezifische Depressivitätssymptomatik

In Bezug auf die Diagnoseinstrumente beinhalten die gängigen Fragebögen, die in Bevölkerungsumfragen zum Einsatz kommen (wie die allgemeine Depressionsskala oder das vereinfachte Becks-Depressions-Inventar), nach wie vor überwiegend klassische Symptome der Depressivität. Geht man davon aus, dass sich Männer häufig depressionsabwehrender Strategien bedienen und sich ihre Depressivität eher in somatischen oder kognitiven Symptomen wie Wut und Aggressivität äußert, fällt auf, dass diese in den gängigen Fragebögen kaum berücksichtigt werden (vgl. Möller-Leimkühler, 2005). Unterschiede in der Depressionshäufigkeit bei Männern und Frauen können demnach auch durch eine unzureichende bzw. ungleiche Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Symptome in (Kurz-)Fragebögen zur Erfassung von Depressivität zustande kommen. Bei Frauen mag die Depressivitätsrate u. a. deshalb vergleichsweise hoch sein, weil sich viele ihrer zugeschriebenen rollenkonformen Attribute mit den abgefragten Symptomen der Depressivität decken, während traditionelle Männlichkeitsattribute im Widerspruch zu den in diesen Fragebögen erhobenen Merkmalen depressiver Erkrankung stehen. Folglich kann es daher gerade bei den Kurzfragebögen, die in Bevölkerungsstudien zum Einsatz kommen, zu einer Unterdiagnostizierung der Depressivität bei Männern kommen.

16.3.3 Hinweise auf eine geschlechtsspezifische Depressionssymptomatik aus früheren Studien

Frühere Studien unter jüdischen und amischen Bevölkerungsgruppen geben einen ersten Hinweis auf die Anwesenheit von männlichen Depressivitätssymptomen in westlichen Kulturkreisen. Egeland/Hostetter (1983) erforschten von 1976 bis 1980 in der kulturell sehr homogenen Gruppe der Amish die Krankheitshäufigkeit von Depression. Diese Subkultur ist gekennzeichnet durch ein sehr enges soziales Netzwerk, das kein antisoziales Verhalten zulässt und keinen Zugang zu Alkohol oder Drogen gewährt. Das Depressionsverhältnis zwischen Männern und Frauen lag hier bei 1:1, was einen starken Unterschied zu den meisten Depressionsstudien darstellt, in denen immer ein Geschlechtereffekt zu finden ist. Den Grund hierfür vermuteten die Autoren in der Bevölkerungsstruktur der Amish, da Männer ihre Depression nicht wie in westeuropäischen und nordamerikanischen Kulturen in Alkoholismus, Aggressivität oder Substanzmissbrauch ausleben (können). Die strengen Normen der amischen Subkultur führen dazu, dass sich die Symptome der männlichen und weiblichen Depression ähneln (vgl. Egeland/Hostetter, 1983).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Levav et al. (1993), die in einer Kohortenstudie die Depressionshäufigkeit unter jungen Erwachsenen in Israel untersuchten. Auch in dieser Gesellschaft gab es in der Häufigkeit der Depression kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Autoren führten dieses Ergebnis ebenfalls auf die Stigmatisierung von Alkoholkonsum, Gewalt und antisozialem Verhalten zurück, die in der jüdischen Religion vorherrschend ist. Diese fehlenden Ausweich- oder Maskierungsmöglichkeiten führen dazu, dass sich die Depressionssymptome geschlechtsspezifisch nicht unterscheiden und auch Männer klassische Symptome aufweisen (vgl. Levav et al., 1993).

Auch die sogenannte Gotland-Studie liefert Hinweise für männliche Depressivitätssymptome: In den 1980er-Jahren wurde ein Bildungsprogramm für alle Allgemeinmediziner/innen auf der schwedischen Insel Gotland durchgeführt, um die Suizid- und Suizidversuchsraten in der Bevölkerung zu senken. Durch eindeutigere Diagnosen und spezifischere Medikation sollten Ärzte und Ärztinnen Personen mit einer Major Depression besser behandeln können. Tatsächlich führten die Maßnahmen zu einem deutlichen Rückgang der Suizide auf Gotland, allerdings fast ausschließlich bei weiblichen Personen. Die Zahl der männlichen Suizide wurde durch

das Bildungsprogramm und die daraus resultierenden verbesserten Fähigkeiten der Mediziner/innen kaum beeinflusst. Diese Tatsache führte zu der Vermutung, dass Männer mit Depressionen von den Medizinern/Medizinerinnen bzw. dem Gesundheitssystem nicht erkannt werden, weil sie keine konventionellen Depressionssymptome aufweisen. So wurde nach Autopsien festgestellt, dass die männlichen Suizidopfer auf Gotland kaum den Medizinern/Medizinerinnen, sondern vielmehr der Polizei und den Sozialämtern bekannt waren, weil sich ihre Depression durch aggressives, ausfälliges und antisoziales Verhalten sowie erhöhten Alkoholkonsum äußerte (vgl. Rutz et al., 1997). Den Erkenntnissen der Gotland-Studie folgend wurde eine Screening-Skala entwickelt, die ihren Fokus auf das Male Depression Syndrome richtet. In dieser Skala werden vor allem atypische Depressionssymptome wie Aggressivität, Irritabilität, Gereiztheit, antisoziales Verhalten, übermäßiger Alkoholkonsum und niedrige Stresstoleranz, die insbesondere bei Männern auftreten sollen, berücksichtigt (vgl. Rutz, 1999; Walinder/Rutz, 2001).

16.3.4 Aktuelle Forschung zur geschlechtsspezifischen Depressionssymptomatik

Auf diesen Hinweisen aufbauend wurde in neueren Studien untersucht, ob geschlechtsspezifische Symptommuster bei der Depressivität vorhanden sind. So wurde in einer Studie, die mit einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer durchgeführt wurde, nach Hinweisen auf eine Männerdepression gesucht (vgl. Möller-Leimkühler et al., 2007). Dabei wurde zur Erfassung depressiver Symptome die Gotland Scale of Male Depression angewandt und geprüft, ob diese Symptome in Zusammenhang mit ausagierenden Stresssymptomen stehen. Mit diesen Stresssymptomen könnten die typisch depressiven Symptome überdeckt bzw. kompensiert werden. Es konnten jedoch keine Hinweise auf eine Maskierung der depressiven Symptome und auf einen latenten Depressionsstressfaktor gefunden werden. Durch eine Cluster-Zentren-Analyse wurde dennoch unter den Depressionsgefährdeten eine Subgruppe identifiziert, bei der die Depressionssymptome möglicherweise dissimuliert werden. Das männliche Symptom der Irritabilität (Reizbarkeit) wurde außerdem sowohl als „wichtigster Indikator des Depressionsrisikos als auch als wichtigster Prädiktor eines reduzierten allgemeinen Wohlbefindens" (Möller-Leimkühler et al., 2007, S. 649) identifiziert.

Die Gotland Scale for Male Depression wurde außerdem in einer Studie unter Studierenden angewandt, um Zusammenhänge der Male Depression mit dem allgemeinen Wohlbefinden und der Geschlechterrollenorientierung zu untersuchen. Dabei kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass Studentinnen ein höheres Risiko einer Male Depression aufweisen als männliche Studierende. Insgesamt gaben Frauen sowohl bei klassischen Depressionssymptomen als auch bei externalisierenden Symptomen höhere Werte an. In einer Faktorenanalyse über die Items der Gotland Scale wurden für Männer und Frauen ähnliche Symptommuster festgestellt (vgl. Möller-Leimkühler/Yücel, 2010). Den Autoren zufolge könnte dieses Ergebnis z. T. darauf zurückzuführen sein, dass die befragten Personen aus jungen Altersgruppen stammten, bei denen sich die Depressionssymptome bzw. die Wege in die Depression angleichen.

Hiesinger et al. (2018) untersuchten geschlechtsspezifische Symptommuster bei der Depressivität in einer Bevölkerungsumfrage unter älteren Erwerbstätigen mithilfe von Faktorenanalysen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass einige Kernsymptome der Depressivität weitestgehend unabhängig vom Geschlecht sind. Da bei diesen Symptomen Frauen durchschnittlich höhere Werte angaben, ist dies ein Hinweis darauf, dass Frauen tatsächlich stärker von Depressivität betroffen sind oder diese eher zugeben als Männer. Dennoch scheint sich die Depressivität hinsichtlich einzelner Kernsymptome z. T. geschlechtsspezifisch in eher weiblichen und männlichen Symptomen zu äußern. Diese Symptome reflektieren bestehende Rollenbilder, die beispielsweise Frauen eine höhere Gefühlsbetontheit und Männern eine höhere Entscheidungsfreudigkeit attestieren. Auch hinsichtlich der nachrangigen Symptome scheint sich Depressivität bei Männern und Frauen unterschiedlich zu äußern. Daraus kann eine geschlechtsspezifische Verzerrung in der Erhebung resultieren, weil die Geschlechtsspezifität dieser Symptome in der Erhebung nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Zusammenfassend gibt es keine eindeutige empirische Evidenz für rein männliche und rein weibliche Depressivitätssymptome. Abhängig von den Merkmalen und Geschlechterrollenerwartungen der jeweiligen Stichprobe deuten die Studien jedoch darauf hin, dass sich Depressivität in Bezug auf einzelne Symptome geschlechtsspezifisch äußern kann.

16.4 Diskussion, Handlungsoptionen und Fazit

Der vorliegende Beitrag möchte dafür sensibilisieren, dass insbesondere die Abfrage von Depressivität, aber auch von anderen psychischen Erkrankungen, in Bevölkerungsumfragen geschlechtsspezifischen Verzerrungen unterliegen kann. Zwar scheinen Frauen insgesamt tatsächlich stärker von depressiven Symptomen betroffen zu sein als Männer, doch gibt es Hinweise darauf, dass die Größe dieses Unterschieds überschätzt wird. Dies liegt zum einen vor allem daran, dass bestimmte Interviewbedingungen sozial erwünschtes Antwortverhalten befördern und so insbesondere Männer häufig von depressiven Symptomen weniger berichten. Zum anderen sind die Kurzfragebögen, die depressive Symptome abfragen, häufig stark auf die traditionell weibliche Rolle ausgerichtet. Es werden vermehrt weibliche Depressivitätsanzeichen, wie ein vermindertes Selbstwertgefühl oder Sorgen um das Aussehen, abgefragt. Eher männliche, atypische Symptome, wie aggressives oder antisoziales Verhalten, werden in diesen Fragebögen häufig vernachlässigt, was zu einer Unterdiagnostizierung der Depressivität bei Männern führen kann. Bei der Interpretation von Ergebnissen aus Bevölkerungsumfragen zu psychischen Erkrankungen sollte daher immer beachtet werden, dass Verzerrungen vorliegen können, die einen oft nicht unerheblichen Einfluss auf die Ergebnisse haben können. Aus diesem Grund sollten bei der Interpretation auch immer der Interviewkontext und die verwendeten Instrumente näher betrachtet werden.

Psychische Erkrankungen und ihre Symptome werden in Bevölkerungsumfragen häufig abgefragt, um Assoziationen mit weiteren soziodemografischen Merkmalen zu erfassen. Daher ist eine möglichst fehlerfreie und von diesen Merkmalen unabhängige Erfassung der psychischen Krankheiten von hoher Relevanz. Um die geschlechtsspezifischen Verzerrungen möglichst gering zu halten, können für die Umfragepraxis folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden:

- Im Vorfeld einer Befragung zur psychischen Gesundheit sollten Interviewer und Interviewerinnen auf die hohe Sensibilität dieses Themas aufmerksam gemacht und entsprechend geschult werden.
- Es empfiehlt sich, sehr sensible Themen wie bestimmte psychische Erkrankungen oder Depressivitätssymptome, wenn möglich, anonym, d. h. selbst verwaltet und weitestgehend frei von Umgebungs- bzw. Interviewer-Einflüssen, abzufragen.

- Um das Ausmaß möglicher geschlechtsspezifischer Verzerrungen abschätzen zu können, empfiehlt es sich, neben den eigentlichen Fragen auch vorhandene Geschlechterrollenerwartungen abzufragen. Dadurch kann eingeschätzt werden, inwieweit traditionelle Geschlechterstereotype, die Verzerrungen verursachen können, bei den Befragten überhaupt eine Rolle spielen. Zu beachten ist, dass die Abfrage dieser Rollenbilder selbst wieder Verzerrungen unterliegen kann.
- Depressivität scheint sich bei Männern in Bezug auf bestimmte Merkmale anders zu äußern als bei Frauen. Die eingesetzten Instrumente zur Messung von Depressivität sollten daher um Indikatoren erweitert werden, die männliche Symptommuster stärker berücksichtigen. Orientierung könnte dabei die Gotland Scale of Male Depression (vgl. Rutz et al., 1997) geben. Bei anderen psychischen Krankheitsbildern sollte ebenfalls geprüft werden, ob geschlechtsspezifische Symptommuster vorliegen und ob diese bei der Abfrage entsprechend berücksichtigt werden.

Für die Zukunft bleibt die Entwicklung der psychischen Erkrankungen, die in Umfragen geschlechtsspezifisch verzerrt sein können, gerade hinsichtlich des gesellschaftlichen Rollenwandels von Mann und Frau sowie der Enttabuisierung weiterer Geschlechterkategorien spannend. Während man in vielen der vorgestellten Studien noch weitestgehend davon ausgehen kann, dass bei den Befragten ein eher traditionelles Rollenbild vorherrschend ist, mag dies bei nachfolgenden Generationen schon weniger der Fall sein. Folglich können in anderen Stichproben auch andere Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Depressivität resultieren. Daher ist es wichtig, mögliche geschlechtsspezifische Verzerrungen in anderen Grundgesamtheiten und in Verbindung mit vorherrschenden Geschlechterrollenerwartungen zu untersuchen.

Literatur

Abele, A. (2013). *Berufserfolg von Frauen und Männern im Vergleich: Warum entwickelt sich die „Schere" immer noch auseinander?* GENDER-Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 5 (3), S. 41–59.

Angst, J./Gamma, A./Gastpar, M./Lépine, J.-P. et al. (2002). *Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies.* European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, (252), S. 201–209.

Aydin, N./Fritsch, K. (2015). *Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten.* Psychotherapeut, 60 (3), S. 245–257.

Busch, M./Maske, U./Ryl, L./Schlack, R. et al. (2013). *Prävalenz von depressiven Symptomen und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1).* Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 56 (5–6), S. 733–739.

Davis, R. E./Couper, M. P./Janz, N. K./Caldwell, C. H. et al. (2010). *Interviewer effects in public health surveys.* Health Education Research, 25 (1), S. 24–26.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf.* Statistik der deutschen Rentenversicherung.

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F).* 6. Auflage, Bern: Hans Huber.

Eckes, T. (2010). *Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen.* In: Becker, R./Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 178–189.

Egeland, J. A./Hostetter, A. M. (1983). *Amish Study I, Affective Disorders Among the Amish, 1976–1980*. American Journal of Psychiatry, (140), S. 56–61.

Emslie, C./Ridge, D./Ziebland, S./Hunt, K. (2006). *Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity?* Soc Sci Med, 62 (9), S. 2246–2257.

Goffmann, E. (1994). *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt/Main, New York: campus.

Groves, R. M./Fultz, N. H. (1985). *Gender Effects Among Telephone Interviewers in a Survey of Economic Attitudes.* Sociological Methods & Research, 14 (1), S. 31–52.

Hausen, K. (1976). *Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere" – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben.* In: Conze W. (Hrsg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas: neue Forschungen. Stuttgart: Ernst Klett, S. 363–393.

Hausmann, A./Rutz, W./Meise, U. (2008). *Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich?* Neuropsychiatrie, 1 (22), S. 43–48.

Hecht, H. (1990). *Geschlechtstypische Risikofaktoren der Depressivität*. Regensburg: Roderer.

Hiesinger, K./Tophoven, S./March, S. (2018). *Geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erfassung von Depressivität. Erfahrungen aus einer Erwerbstätigenbefragung zu Arbeit und Gesundheit.* Präv Gesundheitsf, (13), S. 211–217.

Kroenke, K./Spitzer, R. L./Williams, J. B. W. (2001). *The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure.* Journal of General Internal Medicine, 16 (9), S. 606–613.

Krumpal, I. (2013). *Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review.* Qual Quant, (47), S. 2025–2047.

Landrine, H. (1988*). Depression and Stereotypes of Women: Preliminary Empirical Analyses of the Gender-Role Hypothesis.* Sex Roles, 19 (7/8), S. 527–541.

Lehr, D./Hillert, A./Schmitz, E./Sosnowsky, N. (2008). *Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depression Scales (STDS-T). Eine vergleichende Evaluation von Cut-Off-Werten.* Diagnostica, 54 (2), S. 61–70.

Levav, I./Kohn, R./Dohrendwend, B. P./Shrout, P. E. et al. (1993). *An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel.* Psychological Medicine, 23 (3), S. 691–707.

Macco, K./Schmidt, J. (2009). *Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2008.* In: Badura B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 275–424.

Maserejian, N. N./Link, C. L./Lutfey, K. L./Marceau, L. D. et al. (2009). *Disparities in physicians' interpretations of heart disease symptoms by patient gender: results of a video vignette factorial experiment.* J Women's Health, 18 (10), S. 1661–1667.

Meyer, M./Wenzel, J./Schenkel, A. (2018). *Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017.* In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 331–536.

Möller-Leimkühler, A. M. (2008a). *Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen.* In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thiema, S. 277–304.

Möller-Leimkühler, A. M. (2008b). *Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männer?* Der Gynäkologe, (41), S. 381–388.

Möller-Leimkühler, A. M. (2005). *Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung.* Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 6 (3), S. 29–35.

Möller-Leimkühler, A. M. (2000). *Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten.* Fortschr Neurol Psychiat, (68), S. 489–495.

Möller-Leimkühler, A. M./Paulus, N.-C./Heller, J. (2007). *„Male depression" in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome*. Der Nervenarzt, 6 (78), S. 641–650.

Möller-Leimkühler, A. M./Yücel, M. (2010). *Male depression in females?* Journal of Affective Disorders, (121), S. 22–29.

Müters, S./Hoebel, J./Lange, C. (2013). *Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern.* In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): GBE kompakt, 4 (2).

Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Gender Differences in Depression.* American Psychological Science, 10 (5), S. 173–176.

Oliffe, J. L./Phillips, M. J. (2008). *Men, depression and masculinities: A review and recommendations.* Journal of men's health, 5 (3), S. 194–202.

Piccinelli, M./Wilkinson, G. (2000). *Gender differences in depression: Critical review.* The British Journal of Psychiatry, (177), S. 486–492.

Pollner, M. (1998). *The Effects of Interviewer Gender in Mental Health Interviews.* The Journal of Nervous and Mental Disease, 186 (6), S. 369–373.

Salokangas, R. K. R./Vaahtera, K./Pacriev, S./Sohlmann, B. et al. (2002). *Gender differences in depressive symtpoms. An artefact caused by measurement instruments?* J Affect Disord, (68), S. 215–220.

Redfield Jamison, K. (1997). *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*. New York: Vintage Books.

Rutz, W. (2010). *Depression und Suizidalität bei Männern in Europa: Ein Problem männlichen psychischen Leidens und männlicher Suizidalität.* Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 11 (3), S. 46–52.

Rutz, W. (1999). *Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education.* International Clinical Psychopharmacology, (14), S. 7–33.

Rutz, W./Walinder, J./Von Knorring, L./Rihmer Z. et al. (1997). *Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study.* International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 1 (1), S. 39–46.

Schmitt, M./Beckmann, M./Dusi, D./Maes, J. et al. (2003). *Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V).* Diagnostica, 49 (4), S. 147–156.

Schrijvers, D. L./Bollen, J./Sabbe, B. G. (2012). *The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process.* J Affect Disord, 138 (1–2), S. 19–26.

Siegrist, J./Möller-Leimkühler, A. M. (2003). *Geschlechtsrolle, Gesundheit und Krankheit.* In: Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, München/Jena: Urban & Fischer, S. 125–137.

Sigmon, S. T./Pells, J. J./Boulard, N. E./Whitcomb-Smith, S. et al. (2005). *Gender differences in Self-Reports of Depression: The Response Bias Hypothesis Revisted.* Sex Roles, 53 (5/6), S. 401–411.

Statistisches Bundesamt (2016). *Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2016.*

Teuber, N. (2011). *Das Geschlecht der Depression. „Weiblichkeit" und „Männlichkeit" in der Konzeptualisierung depressiver Störungen*. Bielefeld: transcript.

Tourangeau, R./Smith, T. W. (1996). *Asking sensitive questions. The impact of data collection mode, question format, and question context.* Public Opinion Quarterly, 60 (2), S. 275–304.

Treibel, A. (2006). *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Van De Velde, S./Bracke, P./Levecque, K./Meuleman, B. (2010). *Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8.* Soc Sci Res, (39), S. 396–404.

Walinder, J./Rutz, W. (2001). *Male depression and suicide.* International Clinical Psychopharmacology, (16), S. 21–24.

Woltersdorf, M./Schulte-Wefers, H./Straub, R./Klotz, T. (2006). *Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem*. Blickpunkt Der Mann, 4 (2), S. 6–9.

17 Impuls zur gesunden Arbeitswelt: Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz

MICHAEL TREIER

Seit Ende 2013 müssen im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz psychische Belastungen Berücksichtigung finden. Dieser Beitrag stellt die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GpB) vor. Nach einer Skizze der Ausgangssituation, die die Relevanz des Instruments für das Handlungsfeld der gesunden Arbeit unterstreicht, werden Begriffe hinsichtlich der GpB auf Basis einer theoretischen Modellierung entwirrt. Anschließend werden die Schritte zur erfolgreichen Umsetzung der GpB abgebildet. Dabei werden Gestaltungs- und Erfolgsfaktoren bei der Implementierung von der Planung über Erfassung und Umsetzung bis zur Konsolidierung erörtert.

17.1 Einführung und Begründung

Nach der Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) im Oktober 2013 befassen sich immer mehr Organisationen mit psychischen Belastungen, denn laut ArbSchG § 5 gehört zur Gefährdungsbeurteilung auch deren Erfassung und Beurteilung. Jedoch dominiert trotz fundierter Informationen bspw. von der BAuA (2014) oder GDA (2017) **Unsicherheit** in Bezug auf Inhalte, Methoden und Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ermittlung und Beurteilung psychischer Belastungen. Dies ist u. a. dem Umstand geschuldet, dass Begriffe wie Belastung, Beanspruchung oder Stress nicht voneinander differenziert werden. Deshalb sollten das Verfahren und der theoretische Hintergrund an dieser Stelle präzisiert werden.

Definition. Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GpB) ist ein Instrument des Gesundheitscontrollings im Präventionsmanagement, um die auf die psychische Gesundheit einwirkenden Anforderungen tätigkeitsbezogen zu ermitteln. Dabei geht es nicht um die psychische Gesundheit einzelner Personen, sondern die GpB erfasst gemäß der DIN EN ISO 10075-1[1] objektive Einflüsse der Tätigkeit, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken. Psychische Belastungen aus der Aufgabe, der Organisation, dem Umfeld und der sozialen Situation bestimmen das psychische Belastungsbild. Bei angemessener Gestaltung wirken sie gesundheitsförderlich. Bei kritischer Ausprägung können sie in Abhängigkeit von Bewältigungsstrategien und Ressourcen zu psychischen Beeinträchtigungen wie negativem Stresserleben, Depression oder Burn-out führen.

17.1.1 Ausgangsskizze

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt gewinnt an Relevanz, da die **Ausfallzeiten** aufgrund psychischer Störungen und Erkrankungen seit Jahren zunehmen (vgl. SUGA, 2018). So wurden im Jahr 2017 107 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen ermittelt (16 % aller AU-Tage) mit der Folge eines Verlusts an Bruttowertschöpfung von etwa 22 Milliarden Euro (vgl. SUGA, 2018, S. 117). Die Plattform psyGA[2] präsentiert Daten zur psychischen Gesundheit, die verdeutlichen, dass die Frage nach der Psyche in der Arbeitswelt kein Modetrend ist, sondern als Herausforderung aus dem **Wandel der Arbeitswelt** resultiert, der mit Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung, Entgrenzung, Informatisierung oder Beschleunigung beschrieben wird (vgl. Treier, 2019, S. 5 f.). So manifestiert die europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen, dass zunehmend **psychische Belastungsfaktoren**, wie hohe Arbeitsintensität, monotone Arbeitstätigkeiten oder Arbeitsplatzunsicherheit, Gesundheit und Wohlergehen der Erwerbstätigen tangieren (vgl. Eurofond, 2017).

Der zunehmende Leistungs-, Emotions- und Zeitdruck äußert sich in einer möglichen Gefährdung psychischer Gesundheit als ein sich abzeichnendes Personalrisiko

1 Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung
2 https://psyga.info/psychische-gesundheit/daten-fakten (12.08.2019) (Plattform der INQA)

(vgl. BAuA, 2017; Kobi, 2012). Oelsnitz et al. (2015) sprechen hier von einer **auszehrenden Organisation**, denn der Anstieg der Informations- und Emotionsregulation, die Subjektivierung der Arbeit durch Zunahme der Eigenverantwortung und die Abnahme des Sozialkapitals (Qualität sozialer Beziehungen) prägen eine **psychisch anspruchsvolle Arbeitswelt** (vgl. Badura, 2017).

> „Mit den skizzierten Entwicklungen geht auch eine Verschiebung der auftretenden Arbeitsanforderungen einher, da die Anzahl von Tätigkeiten, bei denen kognitive, informatorische sowie emotionale Faktoren dominieren und somit die psychische Belastung überwiegt, gestiegen ist und weiter zunehmen dürfte." (BAuA, 2017, S. 9)

17.1.2 Rechtliche Legitimation

Die gemeinsame Erklärung zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt (vgl. BMAS, 2013) skizziert den Erwartungsrahmen für eine gestärkte **Anwaltschaft für eine psychisch gesunde Arbeitswelt** (vgl. Uhle/Treier, 2019, S. 86 ff.; Treier, 2019, S. 16 ff.). Das **Arbeitsschutzrecht** bildet hier den Ausgangspunkt für die rechtliche Legitimation einer GpB. Viele andere Gesetze, Regularien und Leitlinien flankieren das ArbSchG, u. a. Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), Arbeitszeitgesetz (ArbZG), Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV), Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG), Unfallverhütungsvorschriften, Sozialgesetzbuch (SGB) und Präventionsgesetz (PrävG). Dabei ist zu unterstreichen, dass die GpB als Instrument der Präventionsarbeit fungiert. Diese Anwaltschaft schafft **Selbstbewusstsein und Handlungssicherheit**. In der Praxis hat sich die Phalanx zwischen ArbSchG als Rechtskraft und DIN EN ISO 10075-1:2017 als Verständigungsgrundlage bewährt (vgl. Abb. 17.1).

- **Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG):** Die ganzheitliche Sicht der Gefährdungsbeurteilung (klassisch und psychisch) ist schon 1996 berücksichtigt und in der Novellierung des ArbSchG 2013 präzisiert worden: Es muss geprüft und dokumentiert werden, ob eine Gefährdung durch psychische Belastungen als objektive Sachverhalte besteht (ArbSchG § 5 Abs. 3 Nr. 6). Angemessene Maßnahmen zur Aufhebung bzw. Reduktion der Gefährdungen sind zu lancieren.
- **DIN EN ISO 10075:** Die Ergonomie-Norm definiert Kernbegriffe (Teil 1), bestimmt Gestaltungsgrundsätze (Teil 2) und Anforderungen an Verfahren zur Messung psychischer Belastungen (Teil 3). Instrumente zur Ermittlung und

Beurteilung psychischer Belastungen sollten einen Bezug zu dieser Norm aufweisen.

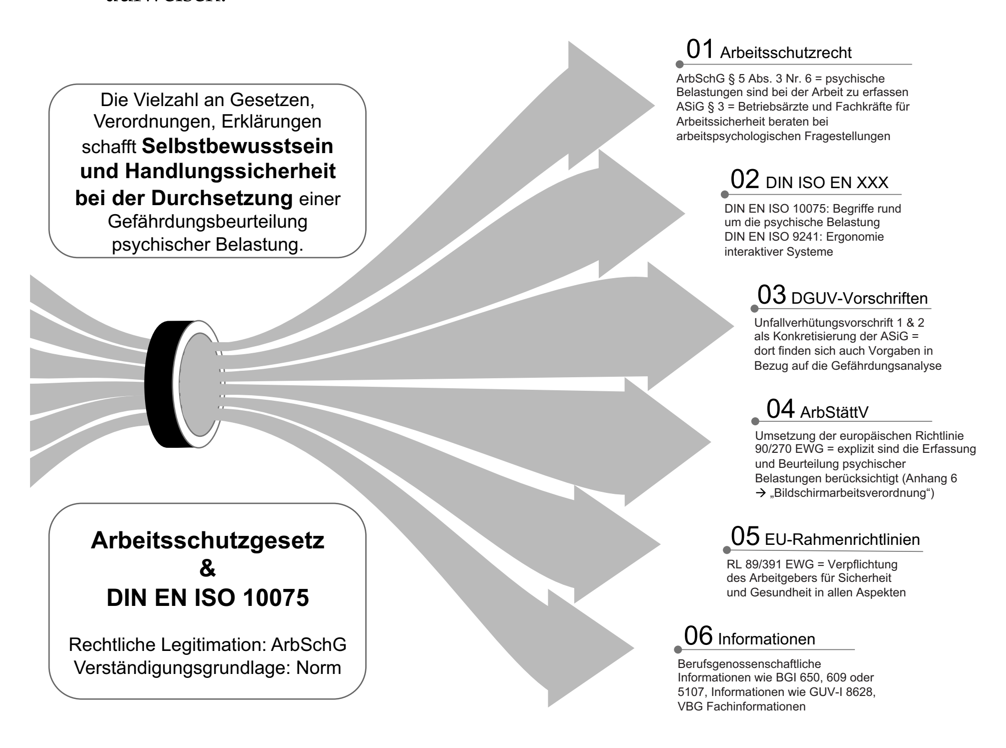


Abb. 17.1: Rechtsgrundlagen als Anwaltschaft (vgl. Treier/Uhle, 2019, S. 103 ff.)

17.1.3 Ziele und Erwartungen

Wenn psychische Gesundheit an Bedeutung gewinnt und sich aufgrund ökonomischer und sozialer Relevanz aus der Tabuzone befreit, ist es wichtig, einen Kompass zu installieren, um die **Route zur psychisch gesunden Organisation** festzulegen und den Fortschritt im Sinne des Gesundheitscontrollings zu verfolgen (vgl. Roschker, 2014; Treier/Uhle, 2019). Mit der GpB erhält man eine **Landkarte psychischer Belastungsfaktoren**, aus der sich systematisch und konsistent Maßnahmen sowohl auf der Verhaltensebene (Gesundheitsförderung wie Bewegung, Ernährung und Stressmanagement) als auch auf der Verhältnisebene (gesunde Führung, Aufgaben- und Organisationsgestaltung) ableiten lassen. Im Sinne des Qualitätsmanagements müs-

sen organisatorische und aufgabenbezogene Schwachstellen und Friktionen identifiziert werden. Dabei ist das **Primat der Aufgabe** zu beachten (vgl. Ulich/Wülser, 2018). Werden die psychischen Belastungen aussagekräftig erfasst, schafft man Verbindlichkeit und trägt zur Entstigmatisierung des Themas bei (vgl. Kap. 17.3.1). Die Erfassung ist die Prämisse für eine **aktive Gefährdungsvermeidung**, die neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz weitere Handlungsfelder wie Kompetenzmanagement, Mitarbeiterführung (Fürsorgepflicht), Team- und Werteorientierung (Sozialkapital) und Gesundheitsmanagement als „Patchwork" im Sinne einer konzertieren Aktion berücksichtigt (vgl. Beck et al., 2017). Folgende **Zielgrößen** sind dabei zu berücksichtigen

- **Primärziele:**
  - Identifikation von psychischen Belastungen
  - Beurteilung und Gestaltung der Arbeit in Bezug auf psychische Belastungen
  - Vorbeugung von arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken (Prävention)
- **Sekundärziele:**
  - Bewusstsein für psychische Gesundheit stärken
  - Partizipation der Mitarbeitenden und Führungskräfte steigern
  - gezielte Ableitung von Maßnahmen
  - Reduktion von Ausfallzeiten und Frühberentungen
  - Überprüfung des Erfolgs im Sinne der Wirksamkeitskontrolle

Reine Pflichterfüllung oder Nutzen? Das Potenzial der GpB erschließt sich erst, wenn man realisiert, dass es dabei nicht nur um eine Pflichterfüllung geht (*normativ-gesetzliches Motiv*). Eichhorn und Schuller (2017, S. 429) berücksichtigen ferner das ökonomisch-instrumentelle Motiv (Nutzen durch besseren Umgang mit Fehlbelastungen, Verringerung des Ausfall- und Gesundheitsrisikos) und das *humanistisch-mitarbeiterorientierte Motiv* (Gesundheit und Wohlbefinden als Zielfeld, Achtsamkeit).

17.2 Begriffsfeld und theoretische Grundlagen

Psychische Belastungen dürfen nicht vorschnell mit Stress verknüpft werden. Gerade hinsichtlich der Bedeutungszunahme von Stress und Burn-out ist eine **begriffliche Trennschärfe** erforderlich, um nicht Gefahr zu laufen, dass man die GpB als Stressanalyse fehlinterpretiert (vgl. Uhle/Treier, 2019, S. 119 ff.; Ulich/Wülser, 2018, S. 62 ff.) (vgl. Tab. 17.1). Denn bei psychischen Belastungen geht es nicht um Auswirkungen hinsichtlich des Stresserlebens, sondern um potenzielle Belastungsfaktoren der Arbeitswelt, z. B. geringe soziale Unterstützung, die u. a. für die Zunahme von Stress, Burn-out & Co. verantwortlich sind (vgl. Lohmann-Haislah, 2012; Nieuwnhuijsen et al., 2010). Dabei entstehen Wechselwirkungen zwischen klassischen und psychischen Belastungsfaktoren.

Die **digitale Arbeitswelt** (Arbeit 4.0 mit Attributen wie Digitalisierung, Flexibilisierung, Vernetzung) verändert die Schnittstellen in der Interaktion von Mensch und technischem System (vgl. Werther/Bruckner, 2018). Bei unangemessener Gestaltung könnte die Folge **digitaler Stress als Beanspruchungsfolge** sein (vgl. Gimpel et al., 2018). **Belastungsfaktoren** sind hier Überflutung, Komplexität, Omnipräsenz, Verunsicherung, Jobunsicherheit und Unzuverlässigkeit (vgl. Gimpel et al., 2018, S. 13).

Irrungen und Wirrungen. Psychische Belastungen bedeuten nicht Stress, psychische Krankheit oder Störung. Sie stellen auch keine Gefährdungen dar, sondern gemäß DIN EN ISO 10075 lassen sie sich als die Gesamtheit der Einflüsse, die von außen und objektiv psychisch auf den Menschen einwirken, definieren. Sie wirken auf die Informations- und Emotionsverarbeitung der Menschen. Der Mensch braucht diese Belastungen zur psychischen Aktivierung. Daher ist das Gebot nicht die Vermeidung, sondern eine menschengerechte Gestaltung psychischer Belastungen.

17.2.1 Grundbegriffe aus arbeitswissenschaftlicher Sicht

Häufig werden Auswirkungen einer erschöpften Psyche hervorgehoben und es wird bei Präventionskonzepten auf verursachende Belastungen verwiesen (vgl. Lohmann-Haislah, 2012). Die Arbeitswissenschaft beschreibt hier das Zusammenwirken von Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen in Bezug auf eine **humane Arbeits-**

gestaltung (vgl. Schlick et al., 2018, S. 24 ff.). Die GpB untersucht dabei psychische Belastungen, gibt aber keine Auskunft zu Beanspruchungsfolgen. In einer Gesundheitsanalyse lassen sich Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen ganzheitlich erfassen und aufeinander beziehen (vgl. Treier, 2019, S. 61).

Tab. 17.1: Ausgewählte Grundbegriffe in Anlehnung an DIN EN ISO 10075-1 (vgl. Treier, 2019, S. 9 ff.)

Grundbegriff	Erläuterung
Anforderungen	Sie beschreiben neutrale Einflüsse auf Personen, die zu bewältigen sind. Sie können unter- oder überfordernd sein. Die Wechselwirkung der Anforderungen bestimmt die Gesamtbelastung.
Beanspruchungen	Sie beschreiben die unmittelbare Auswirkung der Belastungen im Individuum in Abhängigkeit von Voraussetzungen wie seiner Bewältigungskompetenz. Man differenziert zwischen positiven wie Anregung und negativen Beanspruchungen wie Ermüdung.
Beanspruchungsfolgen	Sie beschreiben mittel- bis langfristige Auswirkungen auf psychischer, physischer und Verhaltensebene. Zu differenzieren ist zwischen positiven wie Kompetenzaufbau und negativen Beanspruchungsfolgen wie Depression.
Belastungen	Sie beschreiben Einflüsse, die von außen auf den Menschen einwirken. Psychische Belastungen ziehen psychische Auswirkungen nach sich. Bei den psychosozialen Belastungen werden die sozialen Beziehungen als Belastungsquelle bestimmt. Negative Belastungen werden als Fehlbelastungen bezeichnet.
Belastungsfaktoren	Sie beschreiben Arbeits- und Organisationsmerkmale. Zu den Merkmalsbereichen zählen Arbeitsaufgabe, Arbeitsorganisation, Arbeitsumgebung und soziale Situation.
Ermüdung	Sie beschreibt eine temporäre Beeinträchtigung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von Intensität, Dauer und Verlauf der Beanspruchungen.
Monotonie	Sie beschreibt einen sich allmählich entwickelnden Zustand herabgesetzter Aktivierung, der bei langwährenden und sich ständig wiederholenden Aufgaben eintreten kann (repetitive bzw. eintönige Tätigkeit). Folgen sind bspw. Müdigkeit, Leistungsabnahme, Verminderung der Reaktionsfähigkeit und Kompetenzverlust.
Ressourcen	Sie beschreiben Mittel, um Belastungen zu bewältigen. Ressourcen können aus der Person (Resilienz), sozialen Situation (soziale Unterstützung), Aufgabe (Handlungsspielraum) oder Organisation (gesunde Führung) stammen. Sie haben einen gesundheitsfördernden und puffernden Effekt hinsichtlich der Fehlbelastungen.

Sättigung *(psychische)*	Sie beschreibt einen Zustand des „Auf-der-Stelle-Tretens" als negative Erlebnisqualität bei sich wiederholenden Tätigkeiten, der mit Nervosität, Wut, Ärger und Demotivation einhergeht.
Stress	Er beschreibt einen Zustand, der von der Person als bedrohlich (negativ) oder herausfordernd (positiv) und als unausweichlich erlebt wird. Disstress entsteht, wenn die Person annimmt, dass sie mit den eigenen Ressourcen die Aufgabe nicht bewältigen kann. Befindlichkeitsstörungen, Angst, Herz-Kreislauf-Probleme und Leistungsabfall können die Folge sein. Eustress geht mit einem positiven Erregungs- und Aktivierungspotenzial mit hoher Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit einher.
Stressoren	Sie beschreiben Belastungsfaktoren, die psychische Anpassungsreaktionen verursachen (Stressfaktoren). Stressoren können in Abhängigkeit von Ressourcen Disstress oder Eustress auslösen.
Vigilanz *(herabgesetzte)*	Sie beschreibt einen Zustand der reduzierten Signalentdeckungsleistung, die v. a. bei abwechslungsarmen Beobachtungstätigkeiten (z. B. Warten) entsteht. Die Folgen sind analog zur Monotonie.

17.2.2 Modellierung aus theoretischer Sicht

Sind psychische Belastungen verantwortlich für Stresserleben oder führt Stress zur Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung der Belastungen? Die Organisation interessiert sich v. a. für die Folgen negativer Stressspiralen und einer angegriffenen psychischen Gesundheit, z. B. Motivationsverlust, Arbeitsunzufriedenheit, nachlassendes Commitment, Leistungsabfall oder Zunahme der Fehlzeiten. Diesen Auswirkungen durch Ansätze des individuellen Stressmanagements zu begegnen, bedeutete, das Pferd von hinten aufzuzäumen. Vielmehr stellt sich die Frage nach den verursachenden Bedingungen, um das „Übel an der Wurzel" zu packen.

Stressmodelle erklären die Zusammenhänge zwischen auslösenden Faktoren, Einflussgrößen und Wirkungen (vgl. Schaper, 2019, S. 573 ff.). Die auslösenden Bedingungen zu ergründen, ist dezidierte Aufgabe der GpB. Aus instrumenteller Sicht sind Risikofaktoren auszuschalten oder zu reduzieren sowie die gesundheitsfördernden Faktoren zu stärken (Verhältnisprävention). Parallel lässt sich aus Sicht der Verhaltensprävention bspw. die Stresskompetenz der Mitarbeitenden erhöhen (vgl. Kaluza, 2018, S. 91 ff.). Dabei ist eine **Balance von Ressourcen und Anforderungen** zu gewährleisten.

Belastungen als unabhängige Variablen (objektive Einflüsse) führen in Abhängigkeit von Ressourcen (Moderatoren) über kurzfristige Beanspruchungen zu mittel- bis

langfristigen Beanspruchungsfolgen als abhängige Variablen. Das **Belastungs- und Beanspruchungsmodell** nach Rohmert und Rutenfranz (vgl. Abb. 17.2) beschreibt diese Gleichung (vgl. Rohmert/Rutenfranz, 1975; Schlick et al., 2018, S. 24 ff.). Aus theoretischer Sicht kann die psychische Gesundheit gestärkt werden, indem man

- die psychischen Belastungsfaktoren optimal gestaltet,
- die zur Verfügung stehenden Ressourcen stärkt,
- den Menschen in seiner psychischen Widerstandskraft fördert und
- negative Beanspruchungsfolgen durch Interventionen „therapiert".

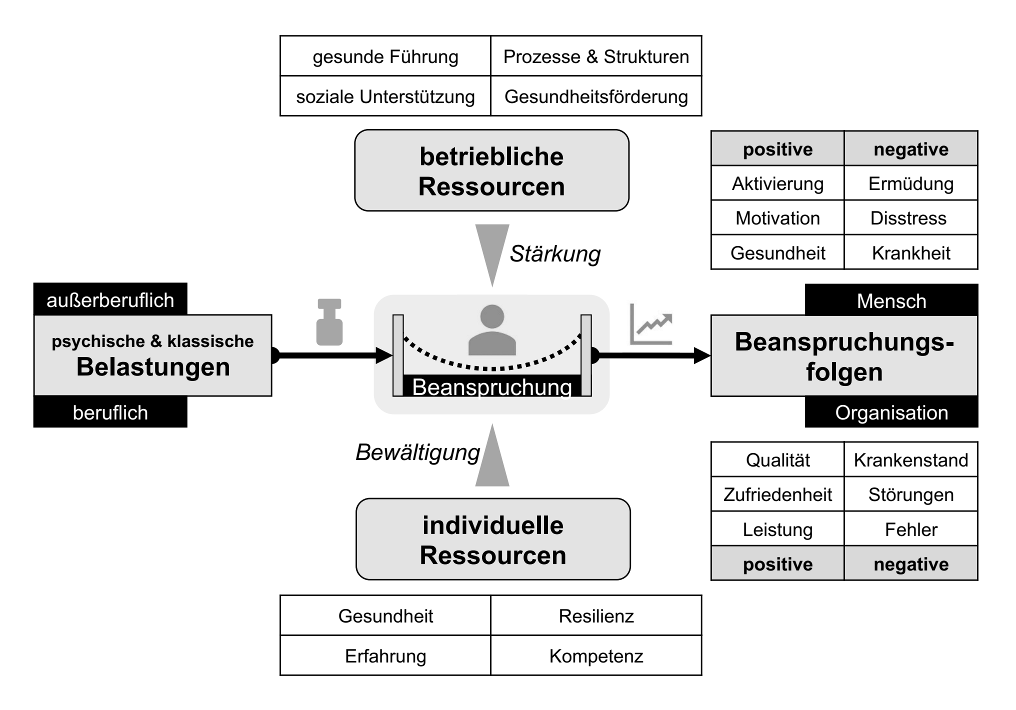


Abb. 17.2: Belastungs- und Beanspruchungsmodell nach Rohmert/Rutenfranz (1975)

Psychische Gesundheit nachhaltig zu steigern setzt an den Belastungsfaktoren an. Die umgekehrte Richtung – Stärkung der persönlichen Kompetenz im Umgang mit Stress (Resilienz) oder die Steigerung der Achtsamkeit und Selbstwirksamkeit – sollte flankierend zum Einsatz kommen, um die psychische Elastizität (Biegsamkeit) zu steigern.

Das Belastungs- und Beanspruchungsmodell ist grundlegend, weist aber **Restriktionen** auf. So befasst sich das Modell z. B. kaum mit komplexen Mensch-Umwelt-Beziehungen, mit Lebensstilen, mit der psychischen Kognition oder mit langfristigen Beanspruchungsfolgen. **Stresstheoretische Modelle** können diese Lücken kompensieren (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 13 ff.; Semmer/Zapf, 2018):

- **Transaktionale Stresstheorie:** Diese Theorie beantwortet die Frage, ob man mit eigenen Ressourcen Stressoren erfolgreich bewältigen kann (vgl. Lazarus/Folkmann, 1984). Eine als stressend erlebte Situation beschreibt ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen. Ob die Stresssituation als bedrohlich oder herausfordernd erlebt wird (Bedeutung), hängt von der kognitiven Verarbeitung in Bezug auf die Bewertung der Ressourcen und bisherigen Erfahrungen ab (Bewältigungsfähigkeit).
- **Job-Demand-Control-Modell (JDC):** Das JDC-Modell (vgl. Karasek/Theorell, 1990) identifiziert den geringen Handlungs- und Entscheidungsspielraum als maßgeblichen Stressor. So kann auch bei großer Arbeitsmenge die Tätigkeit als positiv beanspruchend erlebt werden, wenn die hohen Anforderungen mit einem hohen Handlungsspielraum verknüpft sind (active jobs). Problematisch ist die Konstellation, wenn hohe Anforderungen bei gleichzeitig geringem Handlungsspielraum vorliegen (high strain jobs). Hier spielt die soziale Unterstützung als Puffer eine zentrale Rolle (JDCS-Modell = Job Demand Control Social Support).
- **Gratifikationsmodell:** Das Effort-Reward-Imbalance-Modell (vgl. Siegrist, 1996) berücksichtigt die Belohnungen. Damit ist nicht nur der monetäre Aspekt gemeint, sondern v. a. Anerkennung und Wertschätzung. Erlebt der Betroffene Anerkennung für seine anspruchsvolle Arbeit, dann wirkt dies wie ein Puffer, der die psychischen Belastungen wie Arbeitsmenge positiv moderiert.

Balance von Anforderungen und Ressourcen. Unabhängig von der Modellierung resultieren Gesundheitsrisiken v. a. dann, wenn ein Ungleichgewicht zwischen kraftraubenden Anforderungen und Kraft gebenden Ressourcen vorliegt (Bild der Waage). Was in die Waagschalen geworfen wird, unterscheidet sich in den Modellen. Dabei geht es nicht nur um negative, sondern auch um positive Ausprägungen psychischer Belastungen (vgl. Morschhäuser et al., 2014, S. 29).

17.2.3 Psychische Belastungsfaktoren

Studien zeigen, dass hohe Arbeitsintensität, geringer Handlungsspielraum, fehlende Führung, geringe soziale Unterstützung und unplanbare Arbeitszeiten psychische Fehlbelastungen zeitigen (vgl. BAuA, 2017). Die Tab. 17.2 fasst die **psychischen Belastungsfaktoren** zusammen (vgl. BAuA, 2019, S. 349 ff.; GDA, 2017, S. 17 ff.). Manche Belastungsfaktoren wie Arbeitsmenge lassen sich mehreren Belastungsfeldern wie Aufgabe oder Organisation zuordnen. Die Bestimmung eines **psychischen Gefährdungsindex** als Summenwert dient zur Orientierung und könnte z. B. als KPI (Key Performance Indicator) in HR-Cockpits fungieren.

Tab. 17.2: Psychische Belastungsfaktoren nach Treier (2019, S. 22 ff.)

Belastungsfeld	Psychische Belastungsfaktoren
Arbeitsaufgabe *Arbeitsinhalte und Arbeitsanforderungen*	▪ *Arbeitsmenge:* quantitative Unter- oder Überforderung (zu wenig Zeit oder zu viele Aufgaben) ▪ *Emotionale Inanspruchnahme:* Umgang mit schwierigen Kunden, Konfrontation mit Aggression, Freundlichkeitszwang, Umgang mit Leid (Emotionsarbeit) ▪ *Ganzheitlichkeit:* vollständige Aufgaben (Vorbereitung, Organisation, Ausführung, Kontrolle), variierende Denkanforderungen (Bewusstseinsgrade) ▪ *Handlungsspielraum:* Freiheitsgrade im Hinblick auf Entscheidungen (inhaltliche Autonomie) und zeitliche Regulierung (zeitliche Autonomie) ▪ *Kongruenz:* qualitative Unter- oder Überforderung (fehlende Übereinstimmung zwischen Anforderungen und Kompetenzen) ▪ *Variabilität:* Abwechslung in der Tätigkeit (Aufgabenvielfalt), Grad der Monotonie (Eintönigkeit)

Belastungsfeld	Psychische Belastungsfaktoren
Arbeits-organisation *Prozesse und Strukturen*	▪ *Arbeitsunterbrechungen:* störungsfreie Arbeitszeiten, ausgeprägter Kundenverkehr, digitale Erreichbarkeit, unvorhersehbare Unterbrechungen ▪ *Arbeitszeit:* Arbeitszeitformen, Schicht- und Nachtarbeit, wechselnde Arbeitszeiten, Mehrstunden, Pausenregulation und Erholungszeiten, Planbarkeit, Bereitschaftsdienst ▪ *Informationen:* Informationsmängel (zu viel, zu wenig, veraltet, lückenhaft), Menge und Darstellung ▪ *Kooperation:* Störungen in der Abstimmung, Schnittstellenprobleme, Isolation, Hierarchien, Häufigkeit von Kommunikations- und Kooperationserfordernissen, medial vermittelte Kommunikation und Kooperation ▪ *Rollendefinition:* nicht eindeutig definierte Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten, zu hohe oder zu niedrige Verantwortung, Rollenunklarheiten, widersprüchlich oder unklar formulierte Ziele ▪ *Arbeit 4.0:* Multitasking, Work-Life-Balance, räumliche Mobilität, zeitliche Flexibilisierung, Entgrenzung und ständige Erreichbarkeit, Virtualisierung, Vernetzung, atypische Arbeitsverhältnisse, Mehrfachbeschäftigung
Arbeits-umgebung *Arbeitsumfeld und Ergonomie*	▪ *Arbeitsmittel:* Defizite (ungeeignet, unzureichend), Softwaregestaltung, Aufgabenbehinderung, Bedienung ▪ *Arbeitsplatz:* Bewegungsfreiheit und barrierefreie Gestaltung der Verkehrswege, Raumgröße, Qualität der Anzeigeinstrumente, Mensch-Maschine-Schnittstelle (kognitive Ergonomie und Softwareergonomie) ▪ *Chemische Faktoren:* Umgang mit Gefahrstoffen, Vorhandensein der Schutzausrüstung (PSA), Geruchsbelästigungen, Einatmen von Stäuben ▪ *Physikalische Faktoren:* Lärm, Raumwärme, Luftfeuchtigkeit, Lichtverhältnisse und Farbgestaltung ▪ *Physische Faktoren:* ungünstige ergonomische Gestaltung, schwere körperliche Arbeit, Heben und Tragen schwerer Lasten, Über-Kopf-Arbeiten, langes Sitzen, Zwangshaltungen ▪ *Weitere Risikofaktoren:* Unfallrisiken, schwer einsehbare Maschinen, angstauslösende Raumgestaltung (Kellerwege), Arbeiten im besonderen Umfeld (Straßenbau)
Soziale Situation *Sozialgefüge und Werte*	▪ *Kollegialität:* soziale Unterstützung, psychosoziale Konflikte, Verständigungsprobleme ▪ *Führung:* Unterstützung, Wertschätzung, empathische und soziale Kompetenz, Vorbildfunktion, gesundheits- und alternsgerechtes Führen ▪ *Kultur:* Diskriminierung, Übereinstimmung zwischen Organisations- und individuellen Werten, interkulturelle Begegnungszonen ▪ *Weitere Risikofaktoren:* Umgang in sozialen Netzwerken, Meeting-Kultur, Fehlen einer Vertrauens-/Fehlerkultur
Psychischer Gefährdungs-index	Die psychischen Belastungsfaktoren können auf Basis sachlogischer und statistischer Kriterien als gewichteter Wert aggregiert werden. Dies ist nur zur Orientierung gedacht.

Bei den psychischen Belastungen sind *alle* Perspektiven zu betrachten. Gemäß dem Handbuch der Gefährdungsfaktoren (vgl. BAuA, 2019) ist jeder Belastungsfaktor eindeutig zu definieren, potenzielle kritische Ausprägungen sind beispielhaft aufzuführen und das jeweilige Gefährdungspotenzial ist zu bestimmen. Daraus leiten sich mögliche Gestaltungsansätze ab.

17.3 Implementierung und Fahrplan

Die DGPPN-Studie (vgl. Hofmann, 2014) zeigt, dass Deutschland hinsichtlich der Umsetzung der GpB im unteren Mittelfeld rangiert. Auch der SUGA-Bericht (2018, S. 48 f.) konstatiert, dass lediglich fünf Prozent der befragten Betriebe (n = 6.500) eine vollständige Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung mit Berücksichtigung psychischer Belastungen vollziehen. Und bei unvollständiger Umsetzung erfragt nur etwa jeder fünfte Betrieb psychische Belastungen. **Gründe** hierfür sehen Beck et al. (2012, S. 117) in der uneinheitlichen Begrifflichkeit, in der Gleichsetzung von psychischen Belastungen mit psychischen Störungen, im Kompetenzmangel der beteiligten Akteure, im unübersichtlichen Angebot an Verfahren sowie in den bisweilen vorhandenen Konfliktstrukturen zwischen betrieblichen Sozialpartnern. Außerdem ist die Haftungsfrage bei Nichterfüllung in Deutschland eine Grau- und Wartezone (Fehlen als Ordnungswidrigkeit).

> „Die vorliegenden Studien machen deutlich, dass es nach wie vor in (zu) vielen Unternehmen an der Umsetzung einer Gefährdungsbeurteilung mangelt, in der auch psychische Belastungen berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für kleine Betriebe, in denen Strukturen des betrieblichen Arbeitsschutzes vielfach nicht oder nur rudimentär ausgebildet sind …“ (SUGA, 2018, S. 50)

17.3.1 Vorgehensweise

Ein maßgeblicher Stolperstein bezieht sich auf den Fahrplan zur Implementierung (vgl. Molnar, 2018) (vgl. Kap. 17.3.2). Grundsätzlich unterscheidet sich das Vorgehen nicht von einer Mitarbeiterbefragung (vgl. Borg, 2015). So lassen sich im **Fahrplan** bei der GpB eine vorbereitende Planungsphase, eine in Anbetracht der Missverständnisse in Bezug auf psychische Belastungen zwingend erforderliche Informationsphase, eine repräsentative Erfassungsphase unter Beteiligung aller Mitarbeitenden, eine systematische Ableitungsphase von Maßnahmen im Hinblick auf die als kritisch

registrierten Gefährdungen, eine Evaluationsphase nebst Dokumentation sowie eine Fortschreibung des Prozesses bestimmen (vgl. Uhle/Treier, 2019, S. 355 ff.; Treier, 2019, S. 31 ff.). Die Abb. 17.3 fasst die **Schritte des Fahrplans** zusammen (Beck et al., 2014, S. 45 ff.; GDA, 2017, S. 6 ff.). Vertiefte Informationen findet man bei der BAuA.[3]

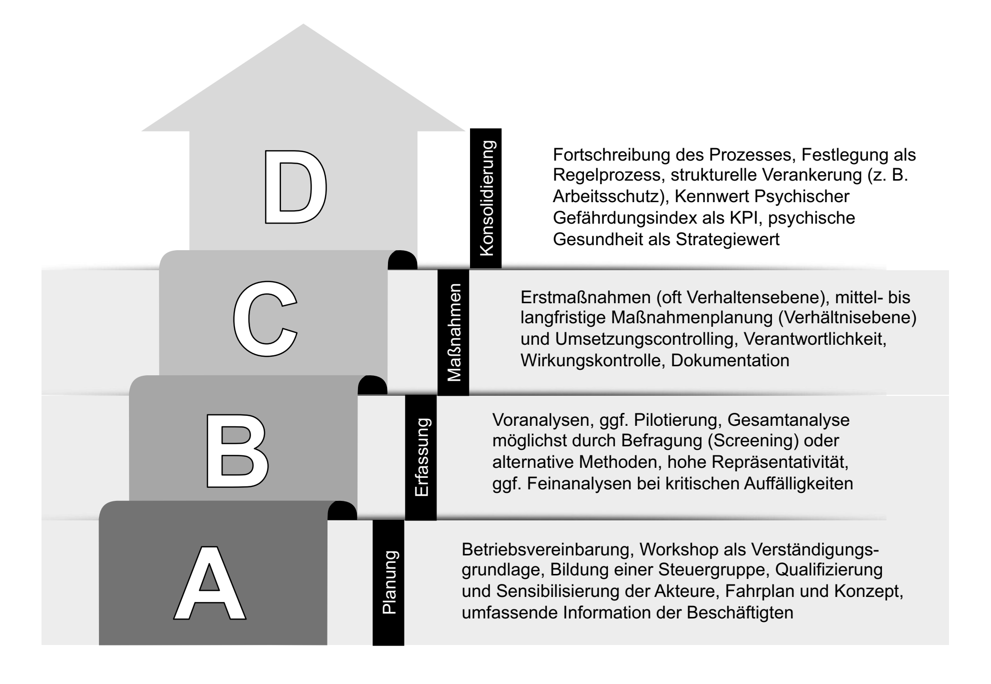


Abb. 17.3: Fahrplan der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GBPB)

> „Die Gesamtstrategie des methodischen Vorgehens sollte so ausgerichtet sein, dass sie sowohl a) einen systematischen Überblick über die gesamte Belastungssituation im Unternehmen in Bezug auf psychische Belastungsfaktoren als auch b) ein tieferes Verständnis für Entstehungsbedingungen kritischer Belastungsausprägungen im konkreten betrieblichen Kontext ermöglicht. Eine weitere Frage, die sich daraus ableitet, dass die GBPB durch externe Aufsichtsakteure überwacht wird, ist die Frage nach einer angemessenen Dokumentation …“ (Schuller et al., 2018, S. 138)

3 http://www.gefaehrdungsbeurteilung.de

Vorbereitende Maßnahmen

Am Anfang überwiegen offene Fragen (vgl. Kap. 17.2). Was wird erhoben? Geht es um Stress? Wer ist verantwortlich? Was sind Maßnahmen? Wenn diese Informationen nicht vorliegen, führt dies zur Ablehnung. So zeigen Studien, dass Führungskräfte generell den Umgang mit psychosozialen Fragen als schwierig empfinden (vgl. Beck et al., 2012, S. 116). **Erklären und Verstehen** sind hier entscheidende Erfolgsfaktoren. Zudem ist es wichtig, dass man die Akteure wie Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebsrat einbindet, denn die GpB benötigt gemäß dem Fahrplan eine konzertierte Aktion zur Umsetzung (**Beteiligen**). Zu den vorbereitenden Maßnahmen gehören:

- Verbindlichkeit durch Betriebsvereinbarung schaffen
- Verständigung bei den Akteuren gewährleisten (Workshops)
- Bildung einer Steuerungsgruppe als Lenkungskreis
- Qualifizierung der beteiligten internen Akteure
- Sensibilisierung der Führungskräfte
- Planung des Vorgehens unter Zuhilfenahme externer Expertise
- Information und Unterweisung der Beschäftigten
- Voranalysen vorhandener Dokumente wie Fehlzeiten
- Festlegung des Erhebungsdesigns (Pilotierung, flächendeckend)

Ermittlung und Beurteilung

Eine diffizile Aufgabe stellt die Auswahl der **Methode** dar. So lassen sich psychische Belastungen personen- oder bedingungsbezogen, subjektiv oder objektiv, anonym oder offen, beobachtend oder befragend bestimmen (vgl. Tab. 17.3).

Tab. 17.3: Vergleich der Methodenzugänge

	Objektive Daten	**Beobachtung Interview**	**Befragungsbasiert**	**Interaktive Methoden**
Steckbrief	▪ Dokumenten-analyse ▪ kennzahlen-basiert ▪ **Indikatoren**	▪ expertenbasiert ▪ neutrale Interviewer ▪ **qualitativer Fokus**	▪ standardisiert ▪ Referenzdaten ▪ Suchschein-werfer ▪ **quantitativer Fokus**	▪ moderative Reflexion ▪ Gruppen-dynamik ▪ Tiefenbohrung ▪ **qualitativer Fokus**
Einbindung	nicht gegeben	gewährleistet	gewährleistet	gewährleistet
Kennwerte	gewährleistet	je nach Ansatz	gewährleistet	nicht gegeben
Vergleichbarkeit	gewährleistet	je nach Ansatz	gewährleistet	nicht gegeben
Repräsentativität	gewährleistet	je nach Ansatz	gewährleistet	nicht gegeben
Anonymität	gewährleistet	nicht gegeben	gewährleistet	nicht gegeben
Aufwand	niedrig	hoch	mittel	hoch
Reporting	Kennzahlen	Inhalte	Skalenwerte	Inhalte
Empfehlung	ergänzend (z. B. Fehlzeiten-analyse), ersetzt nicht die GpB	kleine Organisa-tionen mit variierenden Anforderungen; Risiko der sozialen Beeinflussung	große Organisa-tionen mit Job-Familien, neutral, geringer Aufwand, große Reichweite	Nachfeldprozess zur Tiefen-bohrung, um Ergebnisse der Be-fragung inhaltlich zu vertiefen

Grundsätzlich ist jedes Verfahren dahingehend zu überprüfen, ob es die psychischen Belastungen objektiv (unabhängig), reliabel (zuverlässig) und valide (gültig) erfassen kann (Gütekriterien). Die GpB steht dabei in der Tradition der klassischen Arbeitsanalyse (vgl. Ulich, 2011, S. 65 ff., S. 141 ff.). Das Problem ist jedoch, dass sich psychische Belastungen nicht so einfach eruieren lassen wie klassische Belastungsfaktoren, sodass es Restriktionen bei einer beobachtenden Herangehensweise gibt (Tarnkappe). Deshalb ist zu empfehlen, den **Menschen als Messinstrument** einzusetzen und die subjektive Sicht von Aufgabenmerkmalen (Redefinition objektiver Merkmale) möglichst repräsentativ abzubilden (semi-objektive Methode). Diese Abfrage kann in unterschiedlicher **Analysetiefe** erfolgen. Beck et al. (2014, S. 55 ff.) unterscheiden hier orientierende, Screening- und vertiefende Expertenverfahren – die Zuordnung ist oft nicht eindeutig. Orientierende Verfahren wie das Kompaktverfahren

Psychische Belastung (KPB) (Beobachtungsinterview) sind Checklisten, z. B. mit Ja/Nein-Bewertung, und bieten eine Übersicht (vgl. ifaa, 2017). Screening-Verfahren wie der Impuls-Test|2® oder der BASA II (schriftliche Befragung) erfassen die Merkmale mit differenzierten Bewertungsstufen und bilden die Ergebnisse als Skalenwerte ab (vgl. Molnar, 2018; Richter/Schatte, 2011). Vor allem Screeningverfahren haben sich als Goldstandard in der Praxis durchgesetzt. Expertenverfahren wie das Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA) sind wissensbasierte Methoden zur Erfassung der Merkmale, aber aufwendig in der Umsetzung, sodass sie bei „Tiefenbohrungen“ in Betracht kommen. In der Praxis kommen auch ganzheitliche Verfahren zum Einsatz, die neben Belastungen auch Beanspruchungswerte erfassen, z. B. der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)[4] (vgl. Lincke et al., 2017). Folgende **Qualitätskriterien** sind beim befragungsbasierten Ansatz zu berücksichtigen:

- praxiserprobtes Verfahren mit Referenzwerten
- erfüllte Gütekriterien des verwendeten Verfahrens
- vollständige Abbildung der psychischen Belastungen
- Hilfen zur Bewertung der Skalenwerte (Ampelwerte)
- ausreichende Analysetiefe: optimal Screening-Verfahren
- verständliche, eindeutige und selbsterklärende Items, z. B. „Meine Arbeit unterfordert mich.“
- gerade Skalierung (4er- oder 6er-Stufung) bei den Antwortoptionen (Forced Choice), um Tendenz zur Mitte zu verhindern
- geringer Aufwand: Ausfüllzeit ca. 10–15 Minuten (Akzeptanz)
- transparentes und rechtsgültiges Reporting

Für unterschiedliche Branchen, Berufsgruppen, Tätigkeitsklassen, Merkmalsbereiche etc. existiert eine **Fülle an Beobachtungs-, Interview- oder Befragungstools** zur Ermittlung und Beurteilung psychischer Belastungen (vgl. BAuA, 2014). Zeitweilig wurden solche Instrumente u. a. in der **Toolbox der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** zur Orientierung zusammengestellt und anhand ihrer Attribute bewertet (vgl. Richter, 2010). Diese Toolbox[5] wird aber nicht weiter

4 https://www.copsoq.de/copsoq-fragebogen/ (12.08.2019)
5 https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F1965.html (12.08.2019)

aktualisiert (Stand 2010). Aus Praxissicht empfiehlt sich, ein **universelles Verfahren** einzusetzen. Der Markt boomt geradezu mit frei zugänglichen und kommerziellen Instrumenten. Beispielhaft werden im folgenden Abschnitt einige deutschsprachige Instrumente nach Analysetiefe kategorisiert aufgeführt (vgl. BAuA, 2014, S. 223 ff.; Molnar, 2018; Uhle/Treier, 2019, S. 366 f.).

- Deutschsprachige Verfahren auf der Orientierungsebene sind z. B. die Checklisten zur Erfassung von Fehlbeanspruchungen (ChEF) u. a. mit den Merkmalen Tätigkeit, Leistung, Verhalten, Umgebung in Bezug auf die beeinträchtigenden Folgen Stress, psychische Ermüdung, Monotonie und psychische Sättigung. Das Kurzverfahren Psychische Belastung (KPB) unterstützt mit Checklisten bei der Beurteilung und Dokumentation psychischer Belastungen und orientiert sich an den Empfehlungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Die Prüfliste Psychische Belastung (Pl PB) ist für öffentliche Verwaltungen entwickelt worden und enthält 19 Fragen aus den Merkmalsbereichen Arbeitstätigkeit, Arbeitsorganisation und Soziales. Das START-Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsbedingungen berücksichtigt sowohl klassische als auch psychische Belastungen im Rahmen einer Grobanalyse und ist wie die anderen Verfahren praxiserprobt.
- Auf der Screeningebene eignet sich z. B. BASA II (Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen) mit den Merkmalen Ergonomie, Technik, Organisation, soziale Beziehungen. Häufig wird auch der Impuls-Test|2® (abgeleitet aus dem KFZA) mit den Merkmalen Arbeitsanforderungen, Umgebungsbedingungen, Aufgaben und Abläufe, Perspektiven und Beteiligung sowie soziales Umfeld in der Praxis verwendet. Der kommerzielle Impuls-Test|2® orientiert sich an den wissenschaftlichen Standards der EN ISO 10075-3 und ist aus einer Modifikation des KFZA (Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse) entstanden, der als kostenloses Verfahren zum Einsatz kommt. Hier ist die Online-Version[6] zu empfehlen. Weitere bekannte Instrumente sind Psy.Res® (Bewertung psychischer Ressourcen mit dem 10-Faktoren-Modell) mit Merkmalen wie Arbeitsbeziehungen, Arbeitsanforderungen und Fehlbeanspruchungen sowie das kostenlose Verfahren SALSA (Salutogenetische Subjektive

6 https://fragebogen-arbeitsanalyse.at

Arbeitsanalyse) mit Merkmalen wie Arbeitsbedingungen und Schutzfaktoren, Aufgabenanforderungen, Arbeitsbelastungen, soziale und organisationale Ressourcen.

- Für eine Tiefenbohrung auf Expertenebene eignen sich u. a. der ISTA (Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse) oder der FAA (Fragebogen zur Arbeitsanalyse). Verfahren der Expertenebene, die zur Familie der psychologischen Arbeits- und Tätigkeitsanalysen wie RHIA/VERA (Verfahren zur Ermittlung von Regulationsbehinderungen in der Arbeitstätigkeit), TBS (Tätigkeitsbewertungssystem) oder SIGMA zur Analyse und Dokumentation von Belastungen nach dem Belastungs-Beanspruchungs-Konzept gehören, werden bei Dunckel (1999) beschrieben. Sie erfordern eine hohe fachliche Kompetenz im Themenfeld psychische Belastungen.

Standardisiert. Aufgrund der begrifflichen Unschärfe empfiehlt sich ein standardisiertes Vorgehen mit einem Screening-Fragebogen mit universeller Klassifikation, der über Referenzdaten zur Kalibrierung verfügt. Diese Befragung sollte anonym erfolgen, um ein authentisches Bild zu den psychischen Belastungen zu erzielen. Eine reflektierte Methodologie ist unerlässlich, da der Mensch als Messinstrument fungiert, denn psychische Belastungen werden durch die Brille der Betroffenen erfasst (Redefinition).

Maßnahmenableitung

> „Bei den Maßnahmen ist es wichtig, sich nicht nur auf schnelle Lösungswege zu stürzen. So wird reflexartig bei psychischen Belastungen auf der Verhaltensebene Seminare zum Stress- und Zeitmanagement offeriert. Man sollte hier bedenken, dass die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen auf die Reduzierung von Fehlbelastungen im Bereich der Arbeitsumgebung, Arbeitszeit und Arbeitsorganisation ausgerichtet ist. Weitere Ansatzpunkte sind Führung und Kultur. Ferner ist nicht nur Belastungsreduktion anzustreben, sondern auch der Aufbau von Ressourcen. So sind bspw. ein gesundheitsförderlicher Führungsstil und die Verbesserung des Sozialklimas wichtige verhältnisorientierte Ressourcen.“ (Treier, 2019, S. 35)

Wenn im Rahmen der GpB kritische Belastungen identifiziert werden, müssen angemessene Maßnahmen in Anlehnung an die Grundsätze des § 4 ArbSchG entwickelt und umgesetzt werden. Im Themenband finden sich hier vertiefte Informationen z. B. im Bereich Stressmessung und -diagnostik. Die Bedeutsamkeit und das Ausmaß der

Gefährdung sind unter Berücksichtigung der Gegebenheiten zwecks **Priorisierung** zu bestimmen (ABC-Prinzip), um eine Überforderung durch eine Maßnahmenflut zu verhindern (vgl. Beck et al., 2014, S. 104). Die Ableitung der Maßnahmen sollte partizipativ mit den Mitarbeitenden und Führungskräften unter fachlicher Begleitung erfolgen. Das Workshop-Format eignet sich hier aufgrund der moderativen Reflexion, um eine **handlungsorientierte Herleitung** zu erzielen. Handlungshilfen zeigen Gestaltungsansätze als Orientierungsrahmen auf (vgl. VBG, 2015, S. 17 ff.). Diese sind aber stets situativ zu begründen und in einem Maßnahmenplan mit Zeitplan und Zuständigkeiten so abzubilden, dass ein **Umsetzungscontrolling** erfolgen kann. Dabei haben Maßnahmen auf der Verhältnisebene stets Vorrang vor Maßnahmen auf der Verhaltensebene, denn es gilt, den psychischen Belastungen möglichst hinsichtlich ihrer Verursachung zu begegnen (**TOP-Prinzip**). Verhaltensorientierte Maßnahmen wie Entspannungsverfahren sind dazu geeignet, verbleibende Gefährdungspotenziale, die aus organisatorischen Gründen nicht abgebaut werden können oder deren Veränderung langfristige Interventionen erfordert, gering zu halten. Diese partizipativ entwickelten Maßnahmen sowohl auf der Verhältnis- als auch Verhaltensebene der Prävention sind noch einem Experten-Check hinsichtlich Plausibilität zu unterziehen.

Konsolidierung und Folgeprozesse

Im weiteren Verlauf sind die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit gemäß § 3 Abs. 1 ArbSchG zu überprüfen und ggf. bei veränderten Umständen anzupassen. Dies ist ein kontinuierlicher Prozess im Sinne des Qualitätsmanagements. Beck et al. (2014, S. 115) differenzieren bei der Wirksamkeitskontrolle drei **Stufen:**

1) **Output:** Wurden die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt?
2) **Outcome:** Hat sich nach deren Umsetzung die Belastung geändert?
3) **Impact:** Wirken sich die Maßnahmen auf Gesundheit und Sicherheit aus?

Als Methoden zur Wirksamkeitskontrolle eignen sich Kurzfragebögen, Workshops oder ein Vorher-Nachher-Vergleich. Eine Fortschreibung ist unabhängig von der Wirksamkeitskontrolle nach § 3 Abs. 1 ArbSchG erforderlich, wenn sich Gegebenheiten signifikant verändern. Ob dann eine auf die Veränderung fokussierte oder eine allgemeine Gefährdungsbeurteilung erfolgt, hängt von der Art der Änderung und vom Abstand zur vorherigen Beurteilung ab. Von einer **Konsolidierung** spricht man,

wenn der Übergang von der Pilotierung zum standardisierten Regelprozess erfolgt ist. Im Sinne einer strukturellen Verankerung ist die GpB als **Regelinstrument** in der Organisation zu implementieren.

Verantwortlich und präventiv. Maßnahmenentwicklung, Dokumentation und Controlling sind Aufgaben, die zentral gesteuert, aber größtenteils dezentral umgesetzt werden. Die Führungskräfte der Organisationseinheiten sind hier in die Verantwortung zu nehmen. Ihnen ist fachliche Begleitung zur Verfügung zu stellen. Führungskräfte leiten mit ihren Mitarbeitenden Maßnahmen ab, setzen diese um und prüfen Letztere auf Wirksamkeit. Sie dokumentieren die Ergebnisse und leiten diese z. B. an den Arbeits- und Gesundheitsschutz weiter, der für die Gesamtdokumentation und Steuerung zuständig ist. Der beste Weg im Umgang mit Gefährdungen durch psychische Belastungen ist aber nicht korrektiv, sondern ein präventiver Ansatz (vgl. Ulich, 2011, S. 188 ff.). Berücksichtigt man die psychischen Anforderungen schon frühzeitig bei der Arbeits- und Organisationsgestaltung, dann lassen sich mögliche Risiken vorwegnehmen (präventiv) und sogar gesundheits- und persönlichkeitsfördernd gestalten (prospektiv).

17.3.2 Praktische Fragen

Es gibt **kritische Anmerkungen** zur prinzipiellen Frage, ob man psychische Belastungen objektiv und valide messen und ob man Grenzwerte für psychische Belastungen aufgrund der nicht bestimmbaren Dosis-Wirkungs-Beziehung setzen kann. Zudem existieren keine monokausalen Zusammenhänge bei psychischen Belastungen. Deshalb arbeiten die Instrumente nicht mit starren Grenz-, sondern mit Referenzwerten. Sie helfen, die **Wahrscheinlichkeit gesundheitsrelevanter Beeinträchtigungen** zu eruieren.

Kurzantworten auf Fragen aus der Praxis, die sich oft als Stolpersteine herauskristallisieren (vgl. Treier, 2019, S. 38 ff.):

- ? *Wer ist verantwortlich?* Der Arbeitgeber ist verantwortlich und kann diese Aufgabe an die Führungskräfte mit Unterstützung der Fachkräfte (Arbeitssicherheit) übertragen.

- ? *Wie oft muss eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden?* Bei gleichartigen Umständen sind die Gefährdungen einmal zu ermitteln und zu beurteilen. Ändern sich die Umstände, ist eine Wiederholung erforderlich. Aus Sicht der Praxis empfiehlt sich eine erste Wiederholungsmessung nach zwei bis drei Jahren. Im weiteren Verlauf ist ein Fünfjahresrhythmus bei relativ stabilen Umständen ausreichend.
- ? *Besteht eine Dokumentationspflicht?* Die Durchführung nebst Maßnahmenabbildung und Wirksamkeit sind gemäß § 6 ArbSchG zu dokumentieren. Die Art und Weise der Dokumentation ist nicht vorgeschrieben, aber sie muss vollständig, nachvollziehbar und transparent erfolgen. Gegebenenfalls empfiehlt sich die Einrichtung eines datenbankbasierten Tools zur Erfassung und Steuerung von Maßnahmen.
- ? *Wer trägt die Kosten?* Der Arbeitgeber trägt die Kosten. Aber in vielen Fällen kann man Unterstützung bei den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträgern und bei den Agenturen für Arbeit erhalten.
- ? *Ist eine eigenständige GpB erforderlich?* Es gibt keine Pflicht, eine eigenständige GpB durchzuführen. Die psychischen Belastungen lassen sich auch im Rahmen einer integrierten Gefährdungsbeurteilung erfassen. Aufgrund fehlender Fach- und Verfahrenskenntnisse und der Diffizilität empfiehlt sich eine getrennte Vorgehensweise.
- ? *Welche Bereiche sind zu analysieren?* In der Regel werden die psychischen Belastungen in Bezug auf Organisationseinheiten, ggf. nach Beschäftigtengruppen oder demografischen Kriterien, erfasst. Generell gilt, dass die Analysetiefe zu legitimieren und gemäß Datenschutz zu überprüfen ist. Als Orientierung eignen sich die Analyseebenen der klassischen Gefährdungsbeurteilung.
- ? *Welche Inhalte sind zu erfassen?* Psychische Belastungen wie Arbeitsintensität, Handlungsspielraum, soziale Unterstützung oder Arbeitszeit sind stets zu berücksichtigen (vgl. Tab. 17.2). In Abhängigkeit von den Umständen sind weitere Faktoren zu berücksichtigen (Beispiel: Außendienst,

Instandhaltungsaufgaben beim Kunden oder Umgang mit bestimmten Gefahrstoffen).

- ? *Erfolgt eine Überprüfung?* Gemäß § 21 Abs. 1 ArbSchG sind die Überwachung und Aufsicht eine staatliche Aufgabe. Dies wird in den Bundesländern unterschiedlich von den Arbeitsministerien abgebildet. In Nordrhein-Westfalen prüfen z. B. die Bezirksregierungen, in Bayern die Gewerbeaufsicht und in Hamburg das Amt für Arbeitsschutz. Im Hinblick auf das duale System sind aber auch die Unfallversicherungsträger, Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen für den Arbeitsschutz ihrer Mitgliedsbetriebe zuständig.
- ? *Sind eigene Verfahren zulässig?* Grundsätzlich können auch selbst entwickelte Verfahren zum Einsatz kommen, um z. B. die Besonderheiten der eigenen Organisation zu berücksichtigen. Die Entwicklung erfordert aber sozialwissenschaftliche Kompetenz in Bezug auf die Konzeption und Standardisierung solcher Instrumente, die einige Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Anforderungen werden in der EN ISO 10075-3 (Grundsätze und Anforderungen an Verfahren zur Messung und Erfassung psychischer Belastungen) beschrieben. So muss z. B. nachgewiesen werden, dass das Instrument für die Zwecke der Gefährdungsbeurteilung geeignet ist. Dies kann z. B. durch wissenschaftliche Gütekriterien und betriebliche Referenzen erfolgen. Zu empfehlen ist hier eine Kooperation mit einer Hochschuleinrichtung, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung von Instrumenten zur Erfassung psychischer Belastungen auskennt. Problematisch bei der Eigenentwicklung ist das anfängliche Fehlen von Referenzdaten zur Kalibrierung der psychischen Belastungssituation.

17.4 Erfolgsfaktoren

Sensibilisierung, Beteiligung und Transparenz sind **Leitplanken guter Praxis** (vgl. Treier, 2019, S. 41 f.). Sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeiter sind zeitnah über das Handlungsfeld der psychischen Belastungen zu informieren. Es muss deutlich werden, dass es sich um eine vom ArbSchG legitimierte Maßnahme handelt. Der **etablierte Arbeitsschutz** bietet hier die Kompetenz, um das Thema in der Organisation zu legitimieren und zu lancieren. Dabei geht es mehr als um eine formale Unterwei-

sung, sondern um **Verstehen und Akzeptanz**. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist eine eindeutige Begrifflichkeit, denn viel zu oft werden Belastungen mit den Folgen verwechselt („begrifflicher Morast“). In größeren und v. a. dezentralen Organisationen sind qualifizierte Multiplikatoren hilfreich, um eine gemeinsame Verständigungsgrundlage zu bilden. Zudem ist ein **klares Rollenverständnis** der beteiligten Akteure zu gewährleisten. Welche Aufgaben haben Betriebsrat, Führung, Fachleute und Beschäftigte? Das Vorgehen ist dabei unter der Maxime der **Transparenz** zu gestalten, denn gerade die Erfassung und Beurteilung psychischer Belastungen sind aufgrund der häufig vorliegenden Missverständnisse (z. B. Gleichsetzung von Stress mit psychischen Belastungen) und der Unklarheiten hinsichtlich der rechtlichen Regularien (z. B. rechtssichere Dokumentation) für alle beteiligten Akteure nachvollziehbar abzubilden. Die Herangehensweise zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen, die Art und Weise der Rückmeldung der Resultate sowie die Abbildung der Folgeprozesse von der Maßnahmenplanung bis zur Wirksamkeitskontrolle sind dementsprechend als **Fahrplan** zu kommunizieren. Aufgrund der prinzipiellen Schwierigkeit, psychische Belastungen zu erfassen und zu bewerten, sind **standardisierte Verfahren** zu empfehlen. Sie geben Rechtssicherheit, ermöglichen eine vollständige Abbildung der psychischen Belastungen und durch Referenzdaten eine Kalibrierung der ermittelten Gefährdungssituation. Die Abb. 17.4 fasst **relevante Erfolgsfaktoren** bei der Durchführung einer GpB zusammen.

Akzeptanz- und kompetenzsteigernd. Trotz der normativen Pflicht bleibt die Herausforderung bestehen, den oftmals negativ konnotierten und nebulösen Begriff der psychischen Belastungen sprach- und akzeptanzfähig zu machen (vgl. Morschhäuser et al., 2014, S. 43). Die GpB stellt einen Kristallisationspunkt für eine organisationskulturelle Reflexion der psychischen Gesundheit dar. Mit der GpB werden Kompetenzen aufgebaut, die die Voraussetzung für eine gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Arbeits- und Organisationsgestaltung bilden. Der Umgang mit psychischen Belastungen erfolgt analog zu klassischen Belastungen. Die Zukunft der Arbeitswelt (Arbeit 4.0) signalisiert, dass künftig psychische Belastungen in den Vordergrund der Betrachtung rücken.



Abb. 17.4: Der Schlüssel zur erfolgreichen Umsetzung

Literatur

Badura, B. (Hrsg.) (2017). *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert – Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung.* Berlin: Springer Gabler.

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2019). *Gefährdungsbeurteilung: Handbuch – Gefährdungsfaktoren.* https://www.baua.de/gefaehrdungsfaktoren (22.07.2019).

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2017). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung* (Projekt F 2353). https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Psychische-Gesundheit.pdf (22.07.2019).

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2014). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen: Erfahrungen und Empfehlungen.* Berlin: Erich Schmidt.

Beck, D./Morschhäuser, M./Richter, G. (2014). *Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. In: BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Erich Schmidt, S. 45–130.

Beck, D./Richter, G./Ertel, M./Morschhäuser, M. (2012). *Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland: Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen*. Prävention und Gesundheitsförderung, 7 (2), S. 115–119.

Beck, D./Schuller, K./Schulz-Dadaczynski, A. (2017). *Aktive Gefährdungsvermeidung bei psychischer Belastung: Möglichkeiten und Grenzen betrieblichen Handelns*. Prävention und Gesundheitsförderung, 12 (4), S. 302–310.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013). *Gemeinsame Erklärung Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt.* https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a-449-gemeinsame-erklaerung-psychische-gesundheit-arbeitswelt.pdf (22.07.2019).

Borg, I. (2015). *Mitarbeiterbefragungen in der Praxis.* Göttingen: Hogrefe.

Dunckel, H. (Hrsg.) (1999). *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren.* Zürich: vdf Hochschulverlag.

Eichhorn, D./Schuller, K. (2017). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Reine Pflichterfüllung oder Nutzen für die Betriebe?* sicher ist sicher, 68 (10), S. 428–433.

Eurofound – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Hrsg.) (2017). *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update).* https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf (22.07.2019).

GDA – Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (Hrsg.) (2017). *Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.* Reihe Arbeitsschutz in der Praxis, 3. Auflage. https://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Publikationen/DE/broschuere-empfehlung-gefaehrdungsbeurteilung.pdf?__blob=publicationFile&v=14 (22.07.2019).

Gimpel, H./Lanzl, J./Manner-Romberg, T./Nüske, N. (2018). *Digitaler Stress in Deutschland: Eine Befragung von Erwerbstätigen zu Belastung und Beanspruchung durch Arbeit mit digitalen Technologien.* Working Paper Forschungsförderung, Nr. 101, Ausgabe 11/18, hrsg. von der Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_101_2018.pdf (22.07.2019).

Hofmann, M. (2014). *Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber bezüglich psychischer Belastungen am Arbeitsplatz – Ein innereuropäischer Vergleich.* Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/e3b006f945c8194e35063227ad1e2280bcc0346d/2014-07-2014-Studie_LANG_Gef%C3%A4hrdungsbeurteilung.pdf (22.07.2019).

ifaa – Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e. V. (Hrsg.) (2017). *KPB – Kompaktverfahren Psychische Belastung: Werkzeug zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung.* Berlin: Springer Vieweg.

Kaluza, G. (2018). *Gelassen und sicher im Stress.* 7. Auflage, Berlin: Springer.

Karasek, R./Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books.

Kobi, J.-M. (2012). *Personalrisikomanagement: Strategien zur Steigerung des People Value.* 3. Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Lazarus, R. S./Folkmann, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lincke, H.-J./Lindner, A./Nübling, M. (2017). *Die Messung psychischer Belastungen bei der Arbeit mit dem COPSOQ*. In: Hofmann, F./Kralj, N. (Hrsg.): Handbuch der betriebsärztlichen Praxis: Grundlagen, Diagnostik, Organisation, Prävention, Rechtskommentare. Landsberg/Lech: ecomed, S. 51–72.

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd68.pdf (22.07.2019).

Molnar, M. (2018). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – aus der Praxis für die Praxis. Fahrpläne, Stolpersteine und Erfolgsfaktoren.* Kröning: Asanger.

Morschhäuser, M./Beck, D./Lohmann-Haislah, A. (2014). *Psychische Belastung als Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung*. In: BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Erich Schmidt, S. 19–44.

Nerdinger, F./Blickle, G./Schaper, N. (2019). *Arbeits- und Organisationspsychologie.* 4. Auflage, Berlin: Springer.

Nieuwenhuijsen, K./Bruinvels, D./Frings-Dresen, M. (2010). *Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review.* Occupational Medicine, 60 (4), S. 277–286.

Oelsnitz, D. von/Schirmer, F./Wüstner, K. (Hrsg.) (2015). *Die auszehrende Organisation: Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt.* Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Richter, G. (2010). *Toolbox Version 1.2 – Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen.* 1. Auflage, Dortmund: BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Richter, G./Schatte, M. (2011). *Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber II (BASA II): Validierung, Anwenderbefragung und Software*. 2. Auflage, F1645/2166, Dortmund: BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Rohmert, W./Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen.* Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit.

Roschker, N. S. (2014). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Soziale und ökonomische Relevanz für Gesellschaft und Unternehmen*. Reihe Essentials. Wiesbaden: Springer Gabler.

Schaper, N. (2019). *Wirkungen der Arbeit*. In: Nerdinger, F./Blickle, G./Schaper, N. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. 4. Auflage, Berlin: Springer, S. 573–600.

Schlick, Chr./Bruder, R./Luczak, H. (2018). *Arbeitswissenschaft*. 4. Auflage, Heidelberg: Springer.

Schuller, K./Schulz-Dadaczynski, A./Beck, D. (2018). *Methodische Vorgehensweisen bei der Ermittlung und Beurteilung psychischer Belastung in der betrieblichen Praxis*. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 62 (3), S. 126–141.

Semmer, N. K./Zapf, D. (2018). *Theorien der Stressentstehung und -bewältigung.* In: Fuchs, R./ Gerber, M. (Hrsg.): Handbuch Stressregulation und Sport. Berlin: Springer, S. 23–50.

Siegrist, J. (1996). *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. Journal of Occupational Health Psychology, 1 (1), S. 27–41.

SUGA – Sicherheit, Umwelt- und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (Hrsg.) (2018). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2017. Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Hrsg. vom BMAS und BAuA. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2017.pdf (22.07.2019).

Treier, M. (2019). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen: Begründung, Instrumente, Umsetzung*. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Uhle, T./Treier, M. (2019). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen*. 4. Auflage, Berlin: Springer.

Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie.* Zürich: Vdf Hochschulverlag.

Ulich, E./Wülser, M. (2018). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven.* 7. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.

VBG – Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (Hrsg.) (2015). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Handlungshilfe für die betriebliche Praxis.* http://www.vbg.de/SharedDocs/Medien-Center/DE/Broschuere/Themen/Arbeitsschutz_organisieren/gefaehrdungsbeurteilung_psychischer_belastung.html (22.07.2019).

Werther, S./Bruckner, L. (Hrsg.) (2018). *Arbeit 4.0 aktiv gestalten: Die Zukunft der Arbeit zwischen Agilität, People Analytics und Digitalisierung.* Berlin: Springer.

Autorinnen und Autoren

Johanna Belz

Diplomstudium der Psychologie an der Universität Trier sowie Masterstudium der Sportwissenschaft an der Universität Lund in Schweden; seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Gesundheit & Sozialpsychologie des Psychologischen Instituts an der Deutschen Sporthochschule Köln; seit 2019 Koordinatorin des Projekts „mentaltalent.de – Sportpsychologische Betreuungsinitiative für den Nachwuchsleistungssport in NRW“ (gefördert durch die Sportstiftung NRW).

Dr. Daniela Blickhan

Dipl.-Psych., MSc, promovierte in Positiver Psychologie an der Freien Universität Berlin bei Prof. Michael Eid. Daniela Blickhan ist Lehrtrainerin und Lehrcoach (DACH-PP, DVNLP, DCV) und leitet seit 1991 das Inntal-Institut, eine Fortbildungseinrichtung für Training und Coaching mit Standorten in Deutschland und Österreich. Sie ist Autorin des Übersichtswerks „Positive Psychologie – ein Handbuch für die Praxis“ (Junfermann, 2018). Ihre Arbeitsschwerpunkte: Zertifizierte Ausbildungen in Angewandter Positiver Psychologie, Coaching- und Trainerausbildungen, Positive Leadership, Betriebliche Gesundheitsförderung.

Dr. Andrea Block

studierte Psychologie an der Universität Greifswald und promovierte zum Thema depressive Erkrankungen in Verbindung zu frühen Traumata, Resilienz und metabolischen Erkrankungen. Seit 2016 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Sport- und Gesundheitssoziologie der Universität Potsdam. Aktuelle Forschungsschwerpunkte liegen auf den biopsychologischen Zusammenhängen von (lebensgeschichtlich frühem) Stress, psychischen Erkrankungen (vor allem Depression) und Metabolismus.

Chloé Chermette

Diplomstudium der Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln; 2005–2006 Bewegungstherapeutin in der Rehaklinik Birkenbuck, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen; seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Gesundheit & Sozialpsychologie des Psychologischen Instituts an der Deutschen Sporthochschule Köln; Systemische Therapie; Familienaufstellung.

Prof. Dr. phil. Kevin Dadaczynski
ist Professor an der Hochschule Fulda und assoziiertes Mitglied am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg. Zu seinen Arbeits- und Forschungsschwerpunkten gehören die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (vor allem Bildungs- und Erziehungssettings), die (digitale) Gesundheitskommunikation sowie Gesundheitskompetenz.

Dr. Matthias Donat
ist seit seinem Universitätsdiplom in Psychologie als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Arbeitsbereich Pädagogische Psychologie tätig. In seiner Diplomarbeit beschäftigte er sich bereits mit gerechtigkeitspsychologischen Erklärungsfaktoren für die Legalsozialisation von Jugendlichen, wozu delinquentes und aggressives Verhalten gehörte. Thema seiner Promotion im Fach Psychologie waren bewusst und unbewusst getroffene Entscheidungen. In abgeschlossenen wie laufenden Forschungsprojekten untersucht er die Bedeutung von Gerechtigkeitsüberzeugungen und -erfahrungen für verschiedene psychische Funktionsbereiche von Lernenden, dabei u. a. regelwidriges Sozialverhalten wie Offline- und Online-Bullying, akademisches Mogeln und Schulabsentismus sowie subjektives Wohlbefinden.

Prof. Dr. Michael Erhart
(geb. 1970) ist Diplom-Psychologe und promovierte 2007 an der Universität Bielefeld zum Thema „Testtheoretische Grenzen und Möglichkeiten der Lebensqualitätserfassung“. Er arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité in Berlin, dem Robert Koch-Institut in Berlin, der Universität Bielefeld und dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und wirkte dort an verschiedenen internationalen Gesundheitsforschungsprojekten und Studien mit. Außerdem war er als Gastdozent für Lebensqualität an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und als Gastdozent für Statistik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg tätig. Seit 2010 ist er Epidemiologe und Statistiker am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Dort leitet er seit 2012 den Fachbereich Versorgungsforschung und Risikostruktur und führt die Geschäftsstelle Wissenschaftlicher Beirat für Forschungsförderung. 2015 wurde er auf eine Professur für Psychologie mit Schwerpunkt klinische Psychologie und Diagnostik an die APOLLON Hochschule berufen.

Dr. phil. Ulfert Hapke
ist Diplom-Psychologe und Diplom-Sozialpädagoge. Von 1978 bis 1999 arbeitete er als Krankenpfleger, Sozialarbeiter und Diplom-Psychologe in der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung sowie im psychiatrischen Liaison- und Konsiliardienst der Medizinischen Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie. Seit 1995 bearbeitete er epidemiologische Fragestellungen im Bereich der Psychischen Gesundheit. In den Jahren 1995 bis 2006 arbeitete er an der Entwicklung von Interventions-, Versorgungs- und Implementierungskonzepten in verschiedenen Bereichen der Prävention und Versorgung, von 1999 bis 2006 als Leiter des Arbeitsbereiches Prävention am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald. Seit 2007 ist er am Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, als stellvertretender Fachgebietsleiter Psychische Gesundheit tätig.

Karolin Hiesinger
studierte Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Seit 2016 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheitsökonomie und -soziologie im Kontext des Arbeitsmarktes. Kontakt: karolin.hiesinger@iab.de

Prof. Dr. phil. Dr. med Andreas Hillert
Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin, ist Chefarzt an der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee und Dozent für Klassische Archäologie an der Katholischen Universität Eichstätt. Interessen- und Forschungsschwerpunkte sind die Interaktion beruflicher Belastungen und psychosomatischer Erkrankungen (u.a. im Lehrerberuf) und die sich aus den aktuellen Veränderungen in Gesellschaft und Arbeitswelt ergebenden Auswirkungen auf Konzepte und Erscheinungsformen psychischer Störungen.

Sophia Hillert
Jahrgang 2000, studiert seit ihrem Abitur 2018 am Ludwig-Thoma-Gymnasium in Prien am Chiemsee in Göttingen an der PFH Psychologie. Interessenschwerpunkte sind die sich aus den aktuellen Entwicklungen in Gesellschaft und Arbeitswelt (einschließlich der Digitalisierung) ergebenden Auswirkungen auf die individuelle Entwicklung und die Gesundheit von Jugendlichen.

Prof. Dr. Eva-Marie Kessler

Professorin für Gerontopsychologie an der Medical School Berlin – Hochschule für Gesundheit und Medizin; Psychologische Psychotherapeutin; Habilitation 2014 an der Universität Heidelberg, Promotion 2006 an der Jacobs University Bremen. Forschungspreise u. a. 2017 Margret-und-Paul-Baltes-Preis für herausragende Promotionen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) sowie 2014 Margret-und-Paul-Baltes-Preis der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) für Habilitation. Supervisorin im Bereich Gerontopsychiatrie. Mitherausgeberin der Zeitschriften „Psychotherapie im Alter“ und „GeroPsych“. Seit 2016 Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG).

Prof. Dr. Jens Kleinert

Dipl.-Sportlehrer; approb. Arzt; Leiter der Abteilung Gesundheit & Sozialpsychologie des Psychologischen Instituts an der Deutschen Sporthochschule Köln; Arbeitsschwerpunkte Motivation, Emotion, Stress, Gruppe/Beziehung; 2004–2006 Professur für Sport und Gesundheit am Institut für Sportwissenschaft der Universität Würzburg; seit 2006 Professur für Sport- und Gesundheitspsychologie an der Deutschen Sporthochschule Köln; seit 2014 Prorektor für Studium und Lehre der Deutschen Sporthochschule Köln.

Prof. Dr. Hartmut Kreß

geb. 1954, seit 2000 Professor für Sozialethik an der Universität Bonn, zuvor seit 1993 an der Universität Kiel. Publikationen zu Grundlagenfragen der Ethik, zur Medizinethik, zur Ethik der Rechtsordnung und zum Religions- und Weltanschauungsrecht. Mitglied in Ethikgremien und Ethikkommissionen, z. B. der Arbeitsgruppe „Fortpflanzungsmedizingesetz“ der Leopoldina/Nationale Akademie der Wissenschaften, der Zentralen Ethikkommission für Stammzellenforschung am Robert Koch-Institut oder der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz.

Prof. Dr. Dirk Lehr

Studium der Psychologie an der Philipps-Universität Marburg. Seit 2015 Professor für Gesundheitspsychologie und Angewandte Biologische Psychologie an der Leuphana Universität Lüneburg. 2011–2015 Projektleiter von GET.ON GesundheitsTraining.Online im Innovations-Inkubator an der Leuphana Universität. 2002–2011 Tätigkeit als Medizin-Psychologe am Fachbereich Humanmedizin der Philipps Universität Marburg. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Der Forschungsschwerpunkt liegt auf dem Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit, der Entwicklung und Evaluation von Internet gestützten und Smartphone basierten Angeboten zur Gesundheitsförderung für Berufstätige sowie berufsbezogener Therapie.

Valentina Ludwig

Studentin der Psychologie an der MSB Medical School Berlin – Hochschule für Gesundheit und Medizin. Studentische Mitarbeiterin im laufenden Innovationsfonds-Projektes „PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden“ (Leitung: Prof. Dr. Eva-Marie Kessler).

Marion Meyerolbersleben

Jahrgang 1961. Ehemals Opern- und Konzertsängerin, arbeitet sie nun schon seit über 20 Jahren als Diplompsychologin am Institut für Lern-Innovation an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Zu ihren Aufgaben zählen u. a. die Entwicklung von Online-Angeboten mit verschiedensten Projektpartnern und Zielgruppen sowie deren Organisation bzw. Durchführung. Als wichtigster Projektpartner ist hier die Virtuelle Hochschule Bayern zu nennen (www.vhb.org). Weitere Inforationen zur Autorin und den Projekten des Instituts unter https://www.ili.fau.de/.

Dr. Silke Naab

ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin. Ihre kinder- und jugendpsychiatrische Ausbildung absolvierte sie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim; danach zweijähriger Aufenthalt im Rahmen eines Forschungsstipendiums im Beth Israel Deaconess Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA. Seit 1997 psychotherapeutische Ausbildung an der Schön Klinik Roseneck; seit 2012 chefärztliche Tätigkeit in der 2011 gegründeten Jugendabteilung der Klinik mit klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkten im Bereich Essstörungen, Depression, Angst- und Zwangsstörungen.

Laura Neuperdt

M. Sc. Public Health, ehemalige Studierende an der Hochschule Fulda, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut. Arbeitsschwerpunkte: psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Kontakt: laura.neuperdt@pg.hs-fulda.de; NeuperdtL@rki.de

Prof. Dr. Johanne Pundt, MPH

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, nach wissenschaftlichen Tätigkeiten an der TU Berlin und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, seit 2009 Dekanin an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und seit 2017 Präsidentin der APOLLON Hochschule; Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human Resource Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.

Dr. Anne-Katrin Puschmann

ist Diplom-Psychologin und promovierte zu den psychophysiologischen Einflussfaktoren der Migränechronifizierung. Nach einigen Jahren der klinischen Arbeit ist sie seit 2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Sport- und Gesundheitssoziologie an der Universität Potsdam tätig. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf den Zusammenhängen von Stressbelastungen und der Entwicklung chronischer Erkrankungen, hier vor allem Schmerzerkrankungen.

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Dipl.-Soz., B. Sc. Health Communication, Professur für Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Gesundheitsversorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheitskompetenz, Menschen mit Behinderung, Quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung. Kontakt: katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de

Dr. Hanna Raven

Studium der Psychologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen sowie an der Bergischen Universität Wuppertal und Dissertation an der Universität zu Köln 2012; seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Gesundheit & Sozialpsychologie des Psychologischen Instituts an der Deutschen Sporthochschule Köln; seit 2019 Leiterin des Projekts „Zufriedenheit lernen – Burnout vorbeugen: Konzeption, Entwicklung, Implementierung und Evaluation von theoriebasierten Interventionen zur bedürfnisorientierten Burnoutprävention von angehenden Sportlehrkräften“.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH

Seit 2009 Tätigkeit als Autorin und Lehrbeauftragte für den Bereich Public Health und seit April 2011 Position als Dekanin des Fachbereichs Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen; zuvor Studium der Betriebswirtschaft (Marketing) an der Hochschule AKAD sowie Angewandte Gesundheitswissenschaften und Public Health an der Universität Bielefeld; Promotion am Zentrum für Sozialpolitik (Universität Bremen) bei Prof. Dr. Gerd Glaeske; Beschäftigung vor Hochschultätigkeit: 8 Jahre in der Industrie und 13 Jahre in einer Marketingagentur (u. a. Bereichsleitung Health- & Socialcare); besonders bedachte Themengebiete im Bereich der Forschung: u. a. Gesundheits-/Präventions-Apps, die gesundheitliche Aufklärung über neue Medien und Präventionsmarketing (bzw. Vermarktung, Gewinnung und Bindung von Teilnehmern präventiver Maßnahmen).

Helmut Schröder

Nach dem Abschluss als Diplom-Soziologe an der Universität Mannheim als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V. (ZUMA) in Mannheim sowie dem Institut für Sozialforschung der Universität Stuttgart tätig. Seit 1996 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) im AOK-Bundesverband und dort insbesondere in den Bereichen Arzneimittel, Heilmittel, Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Evaluation tätig; stellvertretender Geschäftsführer des WIdO.

apl. Prof. Dr. Johannes Stauder

geb. 1971, forscht zu Themen der Familiensoziologie, zu Freundschaftsnetzwerken, Gesundheitssoziologie und anderen sozialstrukturellen Fragestellungen. Er lehrt Methoden der quantitativen Methoden der empirischen Sozialforschung und Statistik sowie Sozialstrukturanalyse am Max Weber-Institut für Soziologie der Universität Heidelberg.

Ralf Stegmann

ist Diplom-Sozialwissenschaftler. Seit 2007 bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Fachgruppe 3.3. „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“ und beschäftigt sich mit den Themen psychische Gesundheit, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Return-to-Work.

Dr. rer. biol. hum. Daniel Tolks

arbeitet am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg sowie am Klinikum der LMU München. Er forscht in den Themen Gamification und Serious Games for Health, Gesundheitskommunikation sowie digitale Lehr- und Lernmethoden in der Ausbildung von Medizinern und Gesundheitsberufen. Im Rahmen seiner Tätigkeit ist er federführend an der Entwicklung von ONYA - The Wellbeing Game beteiligt.

Prof. Dr. phil. Michael Treier

ist Diplom-Psychologe und Diplom-Arbeitswissenschaftler. Er ist als Dozent an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung des Landes Nordrhein-Westfalen tätig. Aktuelle Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitsmanagement, Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen, Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, Gesundheitsanalysen und Personalcontrolling. Kontakt: klausmichael.treier@fhoev.nrw.de

Lorena Denise Wetzel

B. Sc. Gesundheitsförderung, Studierende an der Hochschule Fulda (M. Sc. Public Health). Arbeitsschwerpunkte: Allgemeine und organisationale Gesundheitskompetenz, Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung, Quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung. Kontakt: lorena-denise.wetzel@pg.hs-fulda.de

Dr. Pia-Maria Wippert

Seit 2010 ist sie Professorin für Sport- und Gesundheitssoziologie an der Universität Potsdam. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Entwicklung von nachhaltigen Präventions- und Therapieprogrammen für Überlastungssyndrome und stressinduzierte chronische Erkrankungen (vor allem Schmerz). In der Praxis erfolgt der Einsatz der Programme im Sport, der Patientenversorgung und bei hochbelasteten Professionen.

Prof. Dr. Anett Wolgast

absolvierte ein staatliches Examen in der Krankenpflege, arbeitete acht Jahre auf einer Neuro-Intensivtherapiestation und begann neben der Arbeit zu studieren. Innerhalb der acht Jahre erwarb sie ein FH-Diplom und ein Universitätsdiplom. Für das zweites Diplom befasste sie sich mit Bedingungsfaktoren für die Teilnahme an einem gewaltpräventiven Schulprojekt und promovierte sowie habilitierte im Fach Psychologie. Derzeit ist sie Vertretungsprofessorin für Pädagogische Psychologie. Ihre aktuellen Forschungsschwerpunkte sind Zusammenhänge zwischen Leistungsanforderungen, Perspektivübernahme und Sozialverhalten bei Lernenden und Lehrenden.

Wiebke Wrage, MBA, MPH

Wirtschaftswissenschaftliches Studium mit Schwerpunkt „Arbeits- und Organisationspsychologie" und Weiterbildungsstudium „Public Health" mit Schwerpunkten beim Thema Gesundheitssystem und gesundheitliche Versorgung. Seit 2013 bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Zunächst als Geschäftsführung des Ausschusses für Arbeitsmedizin, aktuell als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement".

Klaus Zok

Diplom-Sozialwissenschaftler, seit 1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) beim AOK-Bundesverband. Arbeitsschwerpunkt Sozialforschung: Erstellung von Transparenz-Studien in einzelnen Teilmärkten des Gesundheitssystems (z. B. Zahnersatz, Hörgeräte, IGeL). Arbeit an strategischen und unternehmensbezogenen Erhebungen und Analysen im GKV-Markt anhand von Versicherten- und Patientenbefragungen.

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Sachwortverzeichnis